



João Parreira     **Integração da perspetiva dos  
indivíduos com fibromialgia na  
avaliação dos resultados de um  
programa de fisioterapia**

Estudo por métodos mistos

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia  
Relatório de Projeto de Investigação

**ORIENTADOR**

Professora Doutora Carmen Caeiro

Novembro de 2019

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em  
Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica da Professora Doutora  
Carmen Caeiro

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

João David Calhau Parreira

Setúbal, 20 de Novembro de 2019

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

A orientadora,

---

Professora Doutora Carmen Caeiro

Setúbal, 20 de Novembro de 2019

Para os meus pais

*Caminante, son tus huellas  
el camino y nada más;  
Caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.*

António Machado

## AGRADECIMENTOS

Este é um trabalho que me deu um grande prazer, e agradeço o momento em que fui desafiado a embarcar nele. É bom saber que consegui realizá-lo. No entanto, isso também se deveu a um conjunto de pessoas e instituições que ajudaram e deram apoio ao longo de todo o seu processo.

Em primeiro lugar, um agradecimento especial à Professora Carmen Caeiro, por me desafiar para este projeto, pelo seu rigor, e pelo recorrente reforço positivo durante todo o processo, que não me deixou desistir e que me motivou sempre a continuar.

Em segundo lugar, à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS) e à Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (Myos), por terem permitido o espaço e serem parceiros na divulgação e implementação do *programa RehMove*. Um obrigado à ESS-IPS, em especial, ao Departamento de Fisioterapia, por continuar a ser um local que me desafia, com pessoas que trabalham em prole de uma investigação de excelência.

Em terceiro lugar, às participantes do programa, pela sua disponibilidade e muito pela sua vontade de quererem fazer parte da investigação e de um processo que é mais um contributo para dar a conhecer melhor as características e o impacto desta doença.

Em quarto lugar, à Dra. Maria João, o meu obrigado!

Em quinto lugar, àqueles que me são mais próximos. Aos meus pais e à minha irmã, pelo seu incondicional apoio, pela paciência, por acreditarem em mim. Aos amigos, um pedido de desculpas, por nem sempre lhes ter conseguido dar a devida atenção. E ao Vítor por na fase final ter sido um apoio, e porque, pacientemente, conseguiu esperar.

## RESUMO

### INTEGRAÇÃO DA PERSPETIVA DOS INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA NA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA – ESTUDO POR MÉTODOS MISTOS

JOÃO PARREIRA

**Introdução:** Na investigação sobre a efetividade de tratamentos não-farmacológicos para indivíduos com fibromialgia, o exercício e a educação para autogestão da condição clínica têm demonstrado resultados positivos nos níveis de dor e incapacidade funcional. Porém, as abordagens tradicionais que investigam a efetividade do tratamento com base em avaliações quantitativas têm vindo a ser consideradas insuficientes por não explorarem de forma aprofundada a perspetiva dos indivíduos sobre os resultados das intervenções. A integração da perspetiva dos indivíduos com fibromialgia na avaliação dos resultados obtidos com o tratamento poderá contribuir para o ajuste do mesmo, no sentido de melhor corresponder às necessidades dos indivíduos.

**Objetivo:** Este estudo teve dois objetivos: primeiro, analisar a efetividade de um programa de fisioterapia em grupo (combinando exercício e educação para a autogestão da condição clínica) na intensidade da dor, na incapacidade funcional, na força muscular e na perceção global de melhoria de indivíduos com fibromialgia; segundo, compreender os fatores que, na perspetiva dos participantes no estudo, justificam a perceção de melhoria ao nível da dor e da incapacidade funcional.

**Metodologia:** Foi implementado um estudo misto sequencial explanatório, que combinou métodos quantitativos (1ª fase) e métodos qualitativos (2ª fase). Na 1ª fase, os participantes frequentaram um programa de fisioterapia estandardizado durante 8 semanas (frequência trissemanal). Os participantes foram avaliados antes de iniciar o programa, e após 4 e 8 semanas. A avaliação dos resultados incluiu a Escala Numérica de Dor, as versões Portuguesas da Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire e da Escala de Perceção Global de Melhoria, bem como o Teste de Resistência da Força Muscular de Baixa Carga. Os participantes que apresentaram valores na Escala de Perceção Global de Melhoria iguais ou superiores a 5 (“moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”), foram convidados a participar na 2ª fase do estudo. Nesta fase, a recolha dos dados foi realizada com recurso a 2 grupos focais, baseados num guião de entrevista semiestruturada desenvolvido para o efeito. A recolha de dados foi gravada em formato áudio e vídeo e transcrita integralmente.

**Resultados:** Completaram a 1ª fase do estudo 37 participantes (mulheres;  $49.3 \pm 10.2$  anos). A análise, utilizando o SPSS, mostrou melhorias estatisticamente significativas na intensidade da dor ( $p=0.001$ ), na incapacidade funcional ( $p<0.001$ ) e na força muscular dos membros superiores e inferiores ( $p \leq 0.001$ ). Quanto à perceção de melhoria, 26 participantes (70.3%) identificaram uma mudança significativa na dor e na função (Escala de Perceção Global de Melhoria  $\geq 5$ ). Destes, 12 aceitaram participar na 2ª fase do estudo. De acordo com a análise qualitativa realizada, a capacidade para controlar os sintomas, corresponder às exigências do contexto e tolerar a redução da medicação foram considerados indicadores importantes para as participantes avaliarem a sua melhoria. De acordo as participantes, alguns aspetos como a integração de novo conhecimento e a adaptação do programa às suas necessidades tiveram uma importância-chave para o sucesso percebido.

**Conclusões:** A combinação dos dados de ambas as fases permitiu verificar que a intensidade da dor não foi utilizada como indicador relevante para avaliar a melhoria percebida pelos participantes e que a capacidade de autogestão da condição clínica parece ser o principal indicador utilizado pelas participantes para avaliar os resultados. O uso de metodologias de investigação mistas que integrem a perspetiva dos indivíduos na avaliação dos resultados de um programa de intervenção parece oferecer uma oportunidade de compreender aprofundadamente o significado de sucesso.

**PALAVRAS-CHAVE:** fibromialgia, fisioterapia, autogestão, metodologia mista, grupos focais

# ABSTRACT

## INCORPORATING PATIENTS' PERSPECTIVES INTO THE OUTCOME ASSESSMENT OF A PHYSIOTHERAPY PROGRAMME FOR FIBROMYALGIA – A MIXED METHOD STUDY

JOÃO PARREIRA

**Background:** Research on non-pharmacological treatments for fibromyalgia patients has demonstrated that exercise and education have positive effects on pain and disability. However, the traditional approach of studying treatment effectiveness based exclusively on quantitative measures has been questioned. There is growing recognition of the importance of incorporating patients' perspectives into clinical research. Outcome measures focused on patients' perceptions of improvement may contribute to the development of treatments that better match patients' needs.

**Objectives:** The aim of this study was twofold: firstly, to examine the effectiveness of a group physiotherapy programme (incorporating exercise and self-management education of fibromyalgia) on pain intensity, disability, strength, and global impression of change in fibromyalgia patients; secondly, to explore, according to participants' perspective, how they understood and made sense of their improvement.

**Methods:** A sequential explanatory mixed methods approach, combining quantitative (1<sup>st</sup> phase) and qualitative methods (2<sup>nd</sup> phase), was carried out. In the 1<sup>st</sup> phase, the participants underwent an 8-week (3 times weekly) standardized physiotherapy programme. Participants were assessed at baseline, 4 and 8 weeks later. Outcome measures included the Numeric Pain Rating Scale, the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire, the Low Load Endurance Strength Test and the Patient Global Impression of Change Scale. Participants who had scored at least 5 in the Patient Global Impression of Change Scale ("moderately better") were invited to participate in the 2<sup>nd</sup> phase of this study. Two focus groups meetings, based on a semi-structured interview schedule, were carried out to collect data. The meetings were audio- and videotaped and transcribed verbatim.

**Results:** 37 participants (females; 49.3±10.2 years) completed the 1<sup>st</sup> phase. Analysis using SPSS revealed statistically significant improvements on pain intensity ( $p=0.001$ ), disability ( $p<0.001$ ) and strength of upper and lower limbs ( $p\leq 0.001$ ). In what concerns to participants' impression of change, 26 participants (70.3%) perceived substantial improvements on pain and function (Patient Global Impression of Change Scale  $\geq 5$ ). From these, 12 accepted to participate in the study 2<sup>nd</sup> phase. According to the qualitative analysis the capacity to control symptoms, meet contextual demands and tolerate lower medication intake emerged as the main patients' indicators to assess improvements after the physiotherapy programme. According to the patients, the integration of new knowledge and the adaptation of the physiotherapy programme to their needs, seemed to play a key role in their perceived success.

**Conclusions:** The combination of data from both phases concluded that pain intensity was not used by patients as an important indicator to assess improvement. Rather, the capacity to self-manage the clinical condition seems to be a key element to assess improvement. The use of mixed methods that incorporate patients' perspective in outcomes assessment of a physiotherapy programme may offer a deeper understanding of the meaning of success.

**KEYWORDS:** fibromyalgia, physiotherapy, self-management, mixed methods study, focus groups

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
Desenho do Estudo .....	8
Procedimentos Metodológicos da Fase Quantitativa (Fase 1).....	9
Procedimentos Metodológicos da Fase Qualitativa (Fase 2).....	15
Validação da análise dos dados .....	16
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
Resultados do <i>programa RehMove</i> (Fase 1) .....	18
Resultados dos Grupos Focais (Fase 2).....	27
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
Discussão dos dados da Fase 1 .....	40
Discussão dos dados da Fase 2.....	42
Discussão integrada dos dados recolhidos da Fase 1 e 2.....	45
Limitações e Contributos.....	50
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>63</b>



## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Desenho do estudo.....	9
Figura 2. Recrutamento e Procedimento de recolha de dados da Fase 1 .....	14
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	18
Tabela 2. Caracterização clínica da amostra.....	19
Tabela 3. Normalidade das variáveis dor, função e força muscular .....	21
Tabela 4. Comparação dos resultados das variáveis entre os momentos de avaliação inicial, intermédia e final .....	22
Tabela 5. Comparação múltipla de médias para a intensidade da dor .....	23
Tabela 6. Diferença mínima clinicamente importante na dor (END) .....	23
Tabela 7. Comparação múltipla de médias para a incapacidade funcional .....	24
Tabela 8. Diferença mínima clinicamente importante da incapacidade funcional (FIQr).....	24
Tabela 9. Diferença mínima clinicamente importante na força muscular .....	25
Tabela 10. Perceção global de melhoria após o programa, na Dor e na Função .....	26
Tabela 11. Distribuição das participantes da Fase 2 nos valores de graduação da melhoria na PGIC-dor e PGIC-função.....	27
Tabela 12. Apresentação de temas e subtemas .....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACR - American College of Rheumatology

ACSM - American College of Sports Medicine

DGS – Direcção-Geral da Saúde

END – Escala Numérica de Dor

ESS-IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

EULAR – European League Against Rheumatism

FIQ - Fybromyalgia Impact Questionnaire

FIQr – Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire

GAS – Goal Attainment Scale

GF – Grupo Focal

GPE – Global Perceived Effect Scale

heiQ – Health Education Impact Questionnaire

ICC – Intervalo de confiança

IMMPACT – Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials

IPA – Análise Fenomenológica Interpretativa

IRGL - *Rheumatic Diseases on General Health and Lifestyle*

Myos – Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica

OMERACT – Outcome Measures in Rheumatology

PGIC – Escala de Percepção Global da Melhoria

PROM's – Resultados Reportados pelos Indivíduos

QCSC – Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

RCT – Estudo Randomizado e Controlado

TRF – Teste de Resistência da Força Muscular de Baixa Carga

## INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma doença que se caracteriza por dor músculo-esquelética crónica, que afeta várias regiões do corpo e à qual estão normalmente associados elevados níveis de fadiga, alterações na qualidade do sono, na memória e na concentração dos indivíduos (Bellato et al., 2012; Littlejohn & Guymer, 2018). Na maioria das situações, a fibromialgia também está associada a outras patologias músculo-esqueléticas, a alterações psicológicas, cardiovasculares, gastrointestinais ou endócrinas (Berger, Dukes, Martin, Edelsberg, & Oster, 2007; Littlejohn & Guymer, 2018). A fibromialgia acarreta dificuldades na realização das atividades diárias, alterações na relação pessoal e familiar, e impacto a nível laboral (Marcus & Deodhar, 2010; Collado et al., 2014; Branco et al., 2016).

Em Portugal, a fibromialgia afeta 1.7% da população, correspondendo a cerca de 180 mil portugueses, predominante mulheres (Branco et al., 2016; DGS, 2017). Na população portuguesa, a fibromialgia é a doença reumática com maior associação com sintomas de ansiedade, a segunda mais associada a sintomas de depressão e a terceira com maior impacto funcional e associada a uma pior qualidade de vida (Branco et al., 2016).

Em Espanha, por exemplo, um estudo epidemiológico com indivíduos com fibromialgia revelou que 86% destes refere ter dificuldade em realizar as tarefas domésticas e 44% considerou estar muito ou totalmente dependente de outro membro da família para as tarefas domésticas (Collado et al., 2014). A nível laboral, ainda no mesmo estudo, verificou-se que 34% dos participantes se encontravam ativos no mercado de trabalho, os restantes encontravam-se de baixa (11%), desempregados (13%), eram domésticos ou reformados por invalidez (42%) (Collado et al., 2014). No Canadá, e na região do Quebec, foi analisada a perda de produtividade causada pela fibromialgia, sendo que entre a população ativa com fibromialgia estimou-se uma média de 3.19 semanas de trabalho perdidas por ano devido à doença (Lacasse, Bourgault, & Choinière, 2016). Entre a população não-ativa com fibromialgia, foi estimada uma perda anual de 14.34 semanas, em que não foi possível a realização de tarefas domésticas, devido à dor (Lacasse et al., 2016).

Ao impacto da fibromialgia, estão associados custos institucionais e pessoais relacionados com gastos em saúde, que podem ser três vezes superiores quando comparados com outros indivíduos com outras comorbilidades (Berger et al., 2007;

Knight et al., 2013; Collado et al., 2014; Lacasse et al., 2016). Por exemplo, na população espanhola, os gastos em medicação, fisioterapia, ginásio/piscina ou nas consultas médicas, foram as quatro principais razões para o aumento de despesa mensal média de 230 euros em 81% dos indivíduos com fibromialgia (Collado et al., 2014). No Canadá, foi estimado que os custos associados a cada indivíduo com fibromialgia da região do Quebec corresponderam a 3.804 dólares por ano (Lacasse et al., 2016).

### **Recomendações para o tratamento e avaliação de resultados**

Segundo as recomendações da European League Against Rheumatism (EULAR), e quando analisada a qualidade das revisões sistemáticas e meta-análises existentes sobre o tratamento farmacológico e não-farmacológico para a fibromialgia, a abordagem não-farmacológica é recomendada como tratamento inicial para a fibromialgia (Macfarlane et al., 2017). A combinação das duas abordagens, farmacológica e não-farmacológica, é recomendada quando os efeitos apenas da abordagem não-farmacológica são insuficientes (Macfarlane et al., 2017).

A abordagem não-farmacológica inicial recomendada baseia-se na educação para a autogestão da condição clínica e no exercício físico, sendo essas as modalidades de tratamento que têm apresentado melhor evidência e que têm vindo sendo recomendadas pelas *guidelines* de forma consistente (Goldenberg, Burckhardt, & Crofford, 2004; Carville et al., 2008; Macfarlane et al., 2017).

Quando comparada com grupos de controlo com ou sem intervenção, a intervenção combinada de exercício e educação apresenta efeitos positivos superiores às restantes, a curto e a longo-prazo, em *outcomes* como a dor, incapacidade funcional, fadiga ou autoeficácia (Häuser, Bernardy, Arnold, Offenbächer, & Schiltenwolf, 2009; McBeth et al., 2012; Giannotti et al., 2014). Na meta-análise existente de estudos randomizados que utilizaram a intervenção combinada de exercício e educação em indivíduos com fibromialgia, foram analisados 9 estudos randomizados e controlados (RCT) que mostraram os efeitos estatisticamente significativos que esta intervenção teve na dor, fadiga, depressão, qualidade de vida, na autoeficácia para gestão da dor e na aptidão física (Häuser et al., 2009). Segundo a avaliação dos investigadores, estes efeitos são provenientes de um número reduzido de artigos de fraca ou moderada qualidade (Häuser et al., 2009). Além disso, o tamanho do efeito observado nos diversos *outcomes* é variável,

apresentando-se reduzido para a “dor”, moderado para a “depressão”, “qualidade de vida” e “autoeficácia da dor” e elevado para a “fadiga”. Também de referir que nesta meta-análise não são analisados os efeitos desta intervenção noutros *outcomes* importantes como a incapacidade funcional, sendo que se verifica que nos vários artigos utilizados existe uma grande variedade de *outcomes* apresentados e aferidos por instrumentos de medida distintos. Por exemplo, no RCT apresentado por Rooks e colaboradores (2007) e incluído na meta-análise de Häuser e colaboradores (2009), quando comparados indivíduos com fibromialgia que foram submetidos a uma intervenção combinada de exercício e educação, com outros submetidos apenas a educação, verificou-se uma melhoria estatística significativa na incapacidade funcional (avaliado através do instrumento Fibromyalgia Impact Questionnaire – FIQ), após o programa, nos indivíduos sujeitos à intervenção combinada (dif. média -12.7, desv. padr. 13.2;  $p < 0.001$ ), superior àquela verificada no grupo submetido apenas ao fator educação (-12.4, 95% IC -23.1, -1.7;  $p < 0.05$ ). No entanto, no mesmo estudo os investigadores utilizam também para avaliar a incapacidade funcional a “SF-36” e o “6 Minutes Walking Test”, este último normalmente associado à tolerância ao esforço. Parece existir falta de concordância entre os diferentes estudos acerca de qual o instrumento de medida padrão mais indicado para avaliar a incapacidade funcional.

Esta falta de concordância atribuída à seleção e utilização dos instrumentos de medida nos estudos, pode justificar a moderada qualidade das análises sistemáticas ou das meta-análises realizadas sobre o efeito das intervenções na população com fibromialgia (Carville et al., 2008; Clarke & Williamson, 2016). Para além disto, a fibromialgia é uma condição considerada complexa e heterogénea na qual o fator individual tem relevância para a compreensão da variabilidade da perceção dos sintomas (Carville et al., 2008). Entre pessoas com dor crónica existem fatores que podem influenciar a autoperceção dos sintomas e que caracterizam a variabilidade de respostas aos tratamentos (Dannecker, Warne-Griggs, Royse, & Hoffman, 2018). Por exemplo, aquando da análise qualitativa da perspetiva de pessoas com dor crónica associada à osteoartrose do joelho, estas identificaram a variabilidade diária da dor, as expectativas relativamente à duração da dor, a autogestão dos cuidados de saúde, as condições meteorológicas, ou a intensidade da atividade física praticada como fatores que influenciaram a forma como graduaram a intensidade da dor (Dannecker et al., 2018).

Entre a população com fibromialgia não se encontram explorados os indicadores que os indivíduos utilizam para avaliar os seus resultados. Integrar a perspectiva dos indivíduos na avaliação dos resultados é um aspeto que tem vindo a ser referido e recomendado pela iniciativa internacional *Outcomes Measures in Rheumatology* (OMERACT), para identificar e compreender o que são resultados importantes para os indivíduos com patologias reumáticas e quais as prioridades atribuídas aos resultados e instrumentos de medida utilizados (Kirwan et al., 2005; Kirwan, Newman, Tugwell, & Wells, 2009). Compreender quais os indicadores utilizados pelos indivíduos com fibromialgia na autoavaliação dos resultados obtidos com o tratamento e identificar os fatores contribuintes para a perceção dos resultados, poderá contribuir para analisar melhor os resultados e as necessidades dos indivíduos

### **Perceção dos indivíduos com fibromialgia sobre os resultados obtidos com o tratamento**

A escala de Perceção Global de Melhoria (PGIC) é um exemplo de um instrumento de medida que tem sido utilizado para personalizar a avaliação dos resultados, sendo um dos domínios chave de avaliação utilizado em diversos testes clínicos de investigação envolvendo indivíduos com fibromialgia e recomendado pela OMERACT (Mease et al., 2009; 2011; Boomersshine, 2012). A PGIC é um instrumento de medida que tem sido utilizado para conseguir integrar a perspectiva dos indivíduos nos resultados (Lloyd, Jenkinson, Hadi, Gibbons, & Fitzpatrick, 2014; Kyte et al., 2015). Trata-se de uma medida unidimensional que permite às pessoas quantificarem a sua perceção de melhoria após uma dada intervenção. Esta usa uma escala de *likert* de 7 pontos, variando de 1 (“Sem alterações - ou a condição piorou”) a 7 (“Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”).

No entanto, escalas como a PGIC não são específicas para uma determinada condição clínica (Lloyd et al., 2014; Kyte et al., 2015). Alguns estudos têm vindo a explorar o significado atribuído a escalas como a PGIC (van Koulil, Kraaimaat, van Lankveld, van Riel, & Evers, 2009; Geisser et al., 2010; Evans, Bronfort, Maiers, Schulz, & Hartvigsen, 2014; Scott & McCracken, 2015). Por exemplo, Scott & McCracken (2015) estudaram a relação da escala para graduação global de melhoria com o uso da escala para a graduação específica da melhoria “no desempenho das atividades físicas”, “no desempenho das

atividades sociais”, no “desempenho laboral”, no “estado de humor” e na dor. Utilizando uma amostra com 476 indivíduos com dor crónica, participantes num programa de intervenção multidisciplinar e em grupo, verificou-se que a perceção do “desempenho das atividades físicas” ou o “estado de humor” têm maior influência sobre a graduação global de melhoria do que os restantes aspetos específicos também graduados (Scott & McCracken, 2015). Ainda no mesmo estudo, foi avaliada a intensidade da dor antes e após o programa. No final do programa de intervenção observou-se uma redução estatisticamente significativa da dor, o que não coincidiu com a graduação específica na perceção de melhoria da dor, na qual a maioria dos participantes (71%) reportou ter ficado igual ou pior depois da intervenção (Scott & McCracken, 2015). Estes dados sugerem que o que é mensurado pelos instrumentos padronizados pode não revelar a verdadeira perceção dos indivíduos e que a dor pode ser um fator com menor influência na perceção de melhoria nas pessoas com dor crónica.

A variação dos valores da PGIC, não consegue ser explicada apenas pela correlação da escala com os resultados obtidos pelos instrumentos de medida padronizados (van Koulil et al., 2009; Geisser et al., 2010; Scott & McCracken, 2015). A investigação na área tem vindo a recomendar a utilização da metodologia qualitativa para explorar a perspetiva dos indivíduos, atribuir significado e complementar a informação numérica de instrumentos de medida de resultados reportados pelos indivíduos, como a escala PGIC (Lasch et al., 2010; Evans et al., 2014).

Por exemplo, no estudo misto elaborado por Evans e colaboradores (2014), foram utilizados métodos qualitativos para compreender quais os aspetos específicos que estão associados à utilização da *Global Perceived Effect Scale* – GPE, uma escala de graduação da melhoria semelhante à escala PGIC. Foram selecionados 106 participantes com dor cervical crónica, de um total de 271 que participaram nos programas de intervenção avaliados na fase quantitativa do estudo, para participarem numa entrevista individual onde foram explorados os aspetos que estes consideraram aquando da graduação da sua melhoria, e os fatores a que atribuíram importância para essa graduação (Evans et al., 2014). No final, verificou-se que 85% dos entrevistados referiram as alterações na perceção dos sintomas de dor (severidade, tipo e frequência da dor) como fator para a perceção dos resultados, 38% referem comumente o desempenho biomecânico (autoperceção de força na coluna cervical e capacidade para realizar movimento), 31% as atividades da vida diária (incluindo a capacidade para o trabalho, para o lazer e afeição do

sono), 10% a percepção de autoeficácia e, por fim, 6% a necessidade ou não de outros tratamentos (para melhorar a condição) (Evans et al., 2014). Ao conseguir identificar estes aspetos e atribuir-lhes diferentes níveis de importância, este estudo permitiu atribuir significado à subjetividade associada à utilização de um instrumento de graduação da percepção global de melhoria, como é o caso da GPE.

Apesar de ser um bom exemplo de como integrar a perspetiva dos indivíduos na análise dos resultados, o estudo de Evans e colaboradores (2014) não é referente à escala PGIC, nem à população com fibromialgia. Para além disto, na investigação apenas é referida que foi garantida uma representação equitativa dos diferentes grupos de intervenção na amostra para a entrevista, não sendo mencionados critérios para a sua seleção. Todavia, através dele é possível observar que o conhecimento dos aspetos específicos que estão associados à utilização de uma escala de graduação da melhoria, permite analisar se aquilo que é identificado pelos indivíduos corresponde aos domínios de avaliação dos instrumentos de medida selecionados para avaliar os resultados do estudo.

A investigação qualitativa realizada na área tem explorado o significado de “sentir-se bem”, de “estar melhor” ou de “recuperação”, dos indivíduos com fibromialgia que participaram ou não nalgum programa de intervenção não-farmacológico (Hallberg & Bergman, 2011; Wentz, Lindberg, & Hallberg, 2012; Juuso, Skär, Olsson, & Söderberg, 2013; Grape, Solbrække, Kirkevold, & Mengshoel, 2015). Dessas investigações emergem como principais aspetos que contribuíram para a recuperação ou melhoria: a gestão do esforço despendido nas atividades diárias, a autogestão dos sintomas, ou a percepção de integração e compreensão pelo seu contexto social e familiar (Juuso et al., 2013; Grape et al., 2015). Contudo, a investigação na área é incipiente, não existindo estudos que permitam compreender quais os indicadores utilizados pelos indivíduos com fibromialgia para avaliar a sua melhoria após tratamento (Mengshoel & Grape, 2017).

Assim, se por um lado é importante demonstrar a eficácia dos programas baseados em exercício e educação para o tratamento da fibromialgia, por outro lado, torna-se imperativa a necessidade de compreender aprofundadamente os efeitos destes programas segundo a perspetiva dos seus participantes. As escalas que graduam a percepção de melhoria dos indivíduos são insuficientes para transparecer a perspetiva individual das pessoas com fibromialgia relativamente aos efeitos das intervenções.



Com o objetivo de explorar a perspectiva dos indivíduos para melhor compreender o significado em torno da percepção de melhoria e os efeitos de um programa de fisioterapia em grupo baseado em exercício e educação para a autogestão da condição clínica, implementou-se um **Estudo Misto Sequencial Explanatório**. A metodologia mista, é uma abordagem de investigação que permite ao investigador, através de uma estrutura metodológica de investigação rigorosa, integrar num mesmo estudo a informação proveniente apenas de uma das metodologias (quantitativa, por exemplo), com outra (qualitativa) ao mesmo tempo que proporciona um aprofundamento do significado atribuído aos resultados (Creswell & Clark, 2011). A implementação de um estudo misto pretende facilitar a compreensão de uma possível relação entre os resultados quantitativos obtidos com o programa de intervenção e a perspectiva dos indivíduos com fibromialgia relativamente a esses mesmos resultados. A recolha isolada dos resultados quantitativos e da perspectiva dos indivíduos não seria suficiente para aprofundar o seu significado e alcançar novas interpretações.

A implementação deste estudo deverá contribuir para: aprofundar o conhecimento e compreender melhor os efeitos que um programa de intervenção em grupo baseado em exercício e educação tem nas pessoas com fibromialgia; identificar os aspetos importantes a avaliar num programa de intervenção, segundo a perspectiva dos indivíduos; e contribuir com informação para a melhoria ou elaboração de novos formatos de avaliação dos resultados que melhor reflitam a perspectiva dos indivíduos com fibromialgia (Lasch et al., 2010).

# METODOLOGIA

## Desenho do Estudo

Dada a diferente natureza dos objetivos estabelecidos, selecionou-se uma abordagem metodológica mista, isto é, uma combinação de abordagens quantitativa e qualitativa, que se traduziu na elaboração de um **Estudo Misto Sequencial Explanatório** (Creswell & Clark, 2011b).

O estudo foi dividido em duas fases. A primeira fase do estudo teve como objetivo analisar a efetividade de um programa de fisioterapia em grupo baseado em exercício e educação na intensidade da dor, na incapacidade funcional, na força muscular e na perceção global de melhoria de indivíduos com fibromialgia. Esta fase correspondeu a um **estudo quasi-experimental com grupo simples**, pois pretendeu descrever os resultados de um programa de fisioterapia, sendo utilizado um único grupo de indivíduos, sem controlo ou randomização (Domholdt, 2005).

A segunda fase do estudo pretendeu explorar como é que os participantes que consideraram ter melhorado na dor e na função (de acordo com os resultados obtidos na PGIC), compreenderam e explicam os seus resultados. Esta fase correspondeu a um **estudo fenomenológico**, pois analisou a experiência “vivida” pelos participantes relativamente aos efeitos do programa de fisioterapia anteriormente referido (Creswell, 2007b). Mais concretamente, nesta segunda fase explorou-se a perceção de melhoria dos participantes para aprofundar o significado atribuído aos resultados obtidos na primeira fase do estudo

O desenho de estudo utilizado apresentou uma característica sequencial, ou seja, a informação quantitativa foi recolhida na primeira fase e utilizada para construção da fase seguinte. É atribuída maior importância à segunda fase, pois é a informação qualitativa obtida nesta fase que poderá contribuir para aprofundar o significado dos resultados obtidos na primeira. A integração dos resultados decorreu depois de recolhidos os dados das duas fases, conforme representado na figura 1. O presente estudo obteve parecer positivo da Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS).

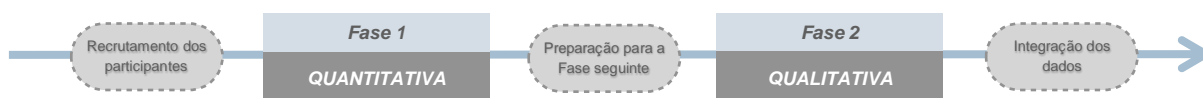


Figura 1. Desenho do estudo

## Procedimentos Metodológicos da Fase Quantitativa (Fase 1)

### Participantes

Para esta primeira fase do estudo foi utilizada uma **amostra não-probabilística, de conveniência**, pois foram recrutados indivíduos diagnosticados com fibromialgia, utilizando-se para o efeito a divulgação em formato de *poster*, distribuído em vários locais de Setúbal, e em formato multimédia, utilizando as plataformas *on-line* do IPS e da Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (Myos).

Após realizadas as inscrições, foi realizada a seleção dos indivíduos inscritos considerando critérios de inclusão e de exclusão. Foi considerado como critério de inclusão:

- Diagnóstico de fibromialgia segundo os critérios definidos pela *American College of Rheumatology* (ACR) (Wolfe et al., 2010; Ferrari & Russell, 2013; DGS, 2017).

Foram considerados como critérios de exclusão:

- Presença de sintomas de compressão radicular, cauda equina, doença sistémica e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose (Giannotti et al., 2014);
- Presença de patologia cardíaca e/ou respiratória impeditiva para a prática de exercício físico, nomeadamente, angina em situação instável, arritmia cardíaca não controlada ou estenose severa da aorta (Brosseau et al., 2008a; 2008b; van Koulil et al., 2010);
- Realização de cirurgia e/ou fisioterapia e/ou tratamento conservador por sintomas associados à fibromialgia nos últimos 3 meses (van Koulil et al., 2007; Thomas & Blotman, 2010; Giannotti et al., 2014);

- Mulheres no período gestacional, uma vez que requerem uma intervenção específica que dê resposta aos sintomas de fibromialgia no período de gestação (Ostensen, Rugelsjøen, & Wigers, 1997; ACSM, 2017);
- Apresentação de défices cognitivos ou problemas de compreensão, ou dificuldades na comunicação escrita e verbal, que limitassem a participação nas sessões de educação (Häuser et al., 2009).

Para garantir que todos os passos e critérios para a seleção fossem assegurados, foi utilizado um Caderno de Recrutamento dos participantes no estudo. (Apêndice I)

### **Protocolo de Intervenção**

Os participantes realizaram o *programa RehMove*, um programa de fisioterapia para indivíduos com fibromialgia desenvolvido pelo Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS. O programa, realizado em grupo, inclui uma componente de educação para a autogestão da condição clínica e de exercício, tem uma duração total de 8 semanas, com uma frequência de 3 vezes por semana, estando o seu formato repartido entre 9 sessões de educação e 24 sessões de exercício. A implementação deste programa de intervenção tem por base a utilização de um manual de apoio (Caeiro, Fernandes, & Cruz, 2014). Previamente, foi realizado um treino de competências e conhecimentos dos fisioterapeutas que consistiu na realização de uma sessão simulada por outros fisioterapeutas que já tinham experiência na implementação do *programa RehMove*.

A componente de educação do *programa RehMove* baseou-se na Teoria da Aprendizagem Transformativa, mais especificamente na sua aplicação para o processo de aprendizagem promotora de mudanças comportamentais no contexto clínico (Dubouloz et al., 2010). Adicionalmente, foi considerada a evidência científica que tem vindo a associar a fibromialgia a um processo de sensibilização do sistema nervoso central (Branco, 2010; Henry, Chiodo, & Yang, 2011). As sessões de educação, com uma hora de duração, integraram a educação das componentes associadas à neurofisiologia da dor em indivíduos com dor crónica: as razões neurofisiológicas para a dor; as cognições e os comportamentos de resposta à dor; o contributo dos aspetos psicossociais; a gestão de *flare-up's*; os fatores que desencadeiam a dor; e, a influência do contexto na manutenção

da dor (Linton & Shaw, 2011; Sallinen, Kukkurainen, & Peltokallio, 2011; Louw, Zimney, Puentedura, & Diener, 2016).

A componente de exercício teve por base os princípios do treino e princípios biológicos e metodológicos (ACSM, 2017). As sessões de exercício, com duração máxima de 60 minutos, foram constituídas pelas fases de aquecimento, exercícios de estabilidade dinâmica e resistência muscular e o retorno à calma, que incluiu alongamentos e o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Payne, 2005; Brosseau et al., 2008b).

### **Protocolo de Avaliação**

Para a recolha de dados desta fase foram utilizados: um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica; três questionários de autopreenchimento adaptados para a população portuguesa para avaliar a dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria; bem como um teste para avaliação da força muscular.

#### *Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica (QCSC).*

O **QCSC**, é um questionário de autopreenchimento e que tem por objetivo obter informação em três campos principais: dados sociodemográficos, informação sobre o estado e impacto da dor, e as expectativas relativamente ao tratamento dos participantes no *programa RehMove*. Inclui oito questões relativas aos dados sociodemográficos, seis questões relativas ao estado e impacto da dor nos indivíduos, e, por fim duas questões relativas às expectativas dos indivíduos quanto à dor e função, para as quais este deverá considerar numa escala de *likert* de 5 valores como espera estar após o programa de tratamento (Caeiro, C., Cruz, E. & Fernandes R., s/d).

#### *Escala Numérica de Dor (END)*

A **END**, escala numérica de 11 pontos totais, de “0” a “10” valores, permite ao utilizador que gradue a intensidade da sua dor escolhendo nesse intervalo de valores o que melhor a representa. A “0” atribui-se o significado de “sem dor” e a “10” o seu extremo oposto “a pior dor alguma vez sentida ou imaginada”. Assim, valores mais elevados significam maior intensidade de dor. Fácil de utilizar e compreender é considerada a melhor para

graduar a dor pelos indivíduos com dor crónica (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011; Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011). Apresenta elevada fiabilidade teste-reteste e validade de construto e melhor capacidade de resposta (Ferraz et al., 1990; Ferreira-Valente et al., 2011). Uma diminuição de 2 valores ou de 30% na END é considerada como a Diferença Mínima Clinicamente Importante associada a este instrumento (Farrar, Young, LaMoreaux, Werth, & Poole, 2001).

#### *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQr)*

A **FIQr** tem o objetivo de avaliar a incapacidade funcional do indivíduo com fibromialgia. A versão portuguesa da FIQr apresenta um total de 21 questões individuais, avaliadas através de uma escala entre 0 e 10 valores. O questionário tem um *score* total máximo de 100 pontos, sendo que quanto maior o valor total maior o impacto funcional no indivíduo e menor a sua capacidade funcional (Bennett et al., 2009). É um instrumento fiável, demonstrando consistência interna e boa variação item-correlação (Bennett et al., 2009). A versão portuguesa, apresenta boa consistência interna e validade convergente e discriminante, sendo recomendado para a população com fibromialgia (Costa et al., 2016). Para a análise são considerados os valores de Diferença Mínima Clinicamente Importante: diferenças de 27.04 pontos ou 45,5% nos valores na FIQr (Surendran & Mithun, 2018). Contudo, são valores ainda não identificados para a versão portuguesa da FIQr.

#### *Escala de Perceção Global de Melhoria (PGIC)*

A **PGIC** é uma medida unidimensional que permite cada indivíduo quantificar as melhorias globais percecionadas após uma dada intervenção. Utiliza uma escala de *likert* de 7 pontos, variando de 1 (“Sem alterações - ou a condição piorou”) a 7 (“Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”). É consensual e recomendada pela IMMPACT (*Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*) a aplicação da PGIC no contexto da dor crónica e em particular da fibromialgia (Boomershine, 2012). Adaptada para a população portuguesa, apresenta boa validade de construto (Domingues & Cruz, 2011). Simples, facilmente compreendida, rápida de utilizar, capaz de medir a perceção de mudança do estado de saúde e a satisfação com o

tratamento (Domingues & Cruz, 2011). Apesar de alguns autores referirem os valores 6 e 7 (“melhor” e “muito melhor”) como valores necessários para atribuir, claramente, a diferença mínima clinicamente relevante, considerou-se também, no presente estudo, o valor 5 (“moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”) como representativo dessa diferença (Hurst & Bolton, 2004).

### *Teste de Resistência da Força Muscular de Baixa Carga (TRF)*

O **TRF** é um teste de fácil e rápida aplicação e interpretação, e que permite avaliar tanto os membros inferiores como os superiores (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2012). O teste consiste na contabilização do número de movimentos corretamente realizados dentro de um compasso de 1 segundo, utilizando um metrónomo. Para o teste de força dos membros inferiores é solicitado o movimento de levantar e sentar de uma cadeira segurando um haltere de 2,5 kg em cada mão. Para o teste de força dos membros superiores é solicitada a realização da flexão e extensão do cotovelo segurando um haltere de 2,5 kg em cada mão. O TRF apresenta uma fiabilidade teste-reteste elevada para a resistência muscular dos membros inferiores, superior dominante e superior não dominante (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2012). Foi avaliada a diferença mínima importante de 1 e 2 repetições, respetivamente para os membros superiores e inferiores, mas será necessária uma diferença de 4 repetições para o teste dos membros superiores e uma diferença de 5 repetições para os membros inferiores para ser considerada clinicamente relevante, isto é, uma verdadeira melhoria no indivíduo (95% ICC) (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2012).

### *Procedimentos de recolha de dados*

Todos os indivíduos interessados foram contactados para marcação de avaliação. Os que respeitaram os critérios de inclusão e não apresentaram critérios de exclusão, foram convidados formalmente pelo investigador a participar no estudo. Depois de entregue uma carta-convite e de explicados os objetivos e procedimentos a realizar, foi solicitada, a cada participante, a assinatura do formulário de consentimento informado (Apêndice II).

Para a primeira fase do estudo, foram definidos 3 momentos de avaliação: Avaliação inicial (T0) antes de iniciar o *programa RehMove*, uma avaliação intermédia (T1) realizada no final da quarta semana de intervenção e, por fim, uma avaliação final (T2) realizada após as 8 semanas de implementação do *programa RehMove*, como demonstra a “Figura 2”. Para auxiliar o procedimento de recolha de dados, foi elaborado um Caderno de Instrumentos com os instrumentos de avaliação e orientação para a sua distribuição nos respetivos momentos de avaliação (Apêndice III).

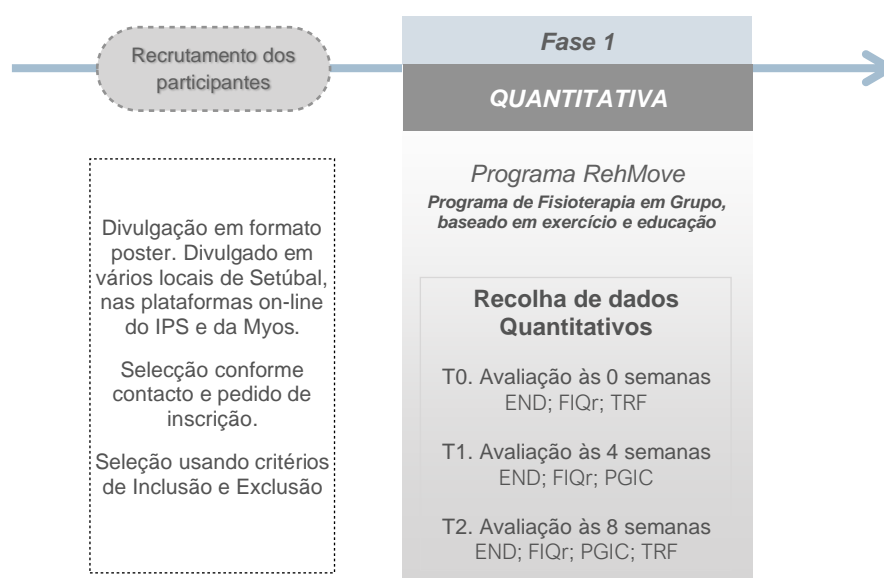


Figura 2. Recrutamento e Procedimento de recolha de dados da Fase 1

## Análise dos dados

As características sociodemográficas e clínicas da amostra foram sistematizadas através de estatística descritiva por medidas de tendência central e de dispersão. Utilizou-se o Teste *Shapiro-Wilk* para verificar a distribuição normal da amostra. Para a análise da intensidade da dor e da incapacidade funcional utilizou-se o teste da *ANOVA de Friedman*. Para verificar os momentos específicos de variação de cada uma das variáveis, realizou-se a comparação múltipla de médias de ordens. Para a variável força muscular, referente aos membros superior direito, esquerdo e membros inferiores, utilizou-se o Teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. A PGIC relativa à dor e à função foi analisada com base nas medidas de tendência central e de dispersão da estatística



descritiva. A análise dos dados foi auxiliada pela utilização do software *SPSS Statistics* (versão 24.0.0.1).

## **Procedimentos Metodológicos da Fase Qualitativa (Fase 2)**

### **Participantes**

Na segunda fase do estudo, foram selecionados, aleatoriamente, 12 participantes que consideraram ter melhorado na dor e na função ( $PGIC \geq 5$ ). Os participantes foram contactados e convidados formalmente pelo investigador a participar no estudo após explicação dos objetivos e procedimentos a realizar. Posteriormente foi solicitada, a cada participante, a assinatura do formulário de consentimento informado (Apêndice IV)

### **Método de recolha de dados**

Para esta fase do estudo foi utilizado o Grupo Focal. É um método de recolha de dados que promove a discussão entre os participantes aproximando-a da interação e partilha que acontece no quotidiano, sendo também um método que envolve pouco tempo e menos recursos em comparação com a entrevista individual (Flick, 2006; Green, 2007). A discussão em grupo focal privilegia a visão dos participantes em vez da do investigador, pois permite que os participantes utilizem a sua própria linguagem para realçar preocupações e discutir questões que não tenham sido consideradas pelo investigador (Green, 2007). A abordagem interativa do grupo focal permite aprofundar interpretações, gerar consensos ou destacar diferenças (Flick, 2006). A partilha e discussão encoraja os indivíduos a participarem e o formato em grupo torna opinião mais forte e “suportada” (Green, 2007). Para a constituição de cada grupo focal foram selecionadas entre 5 e 6 pessoas, segundo as recomendações, para garantir a qualidade e validade dos resultados qualitativos (Flick, 2006; Green, 2007; Smith, Flowers, & Larkin, 2009a; Creswell & Clark, 2011a).

Os grupos focais foram baseados num guião de entrevista semiestruturada, em que as questões e os tópicos a abordar estão pré-especificados no guião, mas o investigador pode variar as palavras ou a ordem das questões consoante a discussão dos participantes. O guião foi formulado com base nos objetivos propostos para a “Fase 2” do estudo e as

questões foram escritas de forma a induzir a discussão no grupo (Apêndice V). Este guião de questões foi previamente submetido a um “teste piloto” com a finalidade de refinar questões, procedimentos de recolha e de análise da informação.

Nos grupos focais, apenas esteve presente o investigador principal que liderou a entrevista, a discussão e assegurou a cobertura de todos os tópicos previstos no guião. Foi realizada a gravação áudio e vídeo, num único momento, num local silencioso, facilmente acessível pelos participantes e com os recursos materiais necessários, no edifício da ESS-IPS.

### **Análise dos dados**

Foi realizada uma Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA) do conteúdo dos grupos focais. Identificaram-se os temas recorrentes na entrevista, explorando as perspetivas sobre esses temas, procurando relações, variações e divergências inter e intra temas. Para tal, foram cumpridos os passos referidos na literatura e aqui adaptados de Green (2007), Creswell (2003) e Smith e colaboradores (2009b): a transcrição e leitura da entrevista; familiarização com o conteúdo da entrevista; desenvolvimento de uma estrutura de codificação do conteúdo; organização do texto com base nessa estrutura de codificação; criação de novos temas/categorias com base nessa estrutura de codificação; descrição dos excertos de texto que sustentam esses temas/categorias; interpretação ou atribuição de significado aos resultados.

Para essa interpretação ou atribuição de significado, recorreu-se à comparação com a investigação e teorias até agora conhecidas e publicadas e à referência pessoal (enquanto investigador que esteve presente durante o processo de entrevista) (Creswell, 2003b). Para facilitar a organização do texto e codificação e categorização da informação recolhida foi utilizado o software Microsoft® Excel 2017© (versão 15.33 para Mac).

### **Validação da análise dos dados**

Para garantir a validade da fase quantitativa do estudo, foram utilizados instrumentos de medida adequados à população com fibromialgia, aos objetivos pretendidos, e, quando necessário, validados para a população portuguesa. Para o recrutamento da população,

definiram-se critérios de inclusão e exclusão para garantir os objetivos do estudo e evitar a presença de possíveis fatores que possam condicionar ou enviesar os resultados.

Para a análise da validade dos dados da fase qualitativa, recorreu-se aos princípios orientadores de qualidade estabelecidos por Yardley (2000, 2008 citados por Braun & Clarke, 2013; Smith, Flowers, & Larkin, 2009c). Na IPA, da fase qualitativa, recorreu-se a um segundo investigador (orientador da tese), como auditor para avaliar tanto a veracidade e coerência da recolha de dados, como a análise e interpretação dos dados (sistema de codificação utilizado pelo investigador) (Braun & Clarke, 2013; Giddings & Grant, 2009; Smith, Flowers, & Larkin, 2009c). De forma a garantir o rigor, a transparência e coerência do processo de recrutamento e de estruturação do guião de entrevista da segunda fase do estudo, foi criado um manual orientador para o investigador (Apêndice VI). Também com o objetivo de clarificar o processo de análise e de interpretação dos dados qualitativos, foi construído um documento descritivo desse processo, de forma a melhor transparecer o raciocínio, os procedimentos e as interpretações realizadas até chegar à análise final apresentada neste trabalho (Apêndice VII).

Para garantir a validade de um estudo misto, existe um conjunto de potenciais ameaças à validade, relacionadas com a recolha, a análise e a interpretação dos dados, e que devem ser minimizadas (Creswell & Clark, 2011a). Na recolha de dados na fase quantitativa são utilizadas amostras mais alargadas (para garantir a validade externa dos resultados). No follow-up qualitativo recrutou-se uma amostra mais reduzida e constituída por indivíduos que também participaram na fase quantitativa. Na análise dos dados, utilizou-se uma matriz como estratégia para assegurar que no follow-up qualitativo fossem utilizados resultados dos dados quantitativos que necessitassem de melhor explanação. Na interpretação dos dados, ordenou-se as duas fases de acordo com o desenho do estudo, de forma a melhor transparecer o raciocínio de análise e conexão das duas metodologias.

# RESULTADOS

## Resultados do programa *RehMove* (Fase 1)

### Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 37 indivíduos com fibromialgia. Todos do género feminino e com uma idade média de 49.3 anos, compreendidas entre os 31 e os 67 anos. Um peso médio de 68.2 kg e uma altura média próxima dos 161 cm. O Índice de Massa Corporal médio desta população foi de 26.2 unidades, sendo que a maioria dos participantes se distribuiu entre o peso normal (43.2%), excesso de peso (32.4%), obesidade grau I (18.9%), e apenas uma minoria apresentou obesidade grau II (2.7%) e peso a menos (2.7%). A maioria das participantes era casada (67.6%) e o grau de habilitações distribuiu-se entre o ensino superior completo (43.2%), seguido do ensino secundário (24.3%), básico (16.2%) e primário (8.1%) completos. Quase metade das participantes trabalhava a tempo inteiro (48.6%), 10.8% trabalhava a tempo parcial e 5.4 % eram domésticas. As restantes encontravam-se de baixa médica (13.5%), no desemprego (8.1%) ou reformadas (13.5%). A caracterização sociodemográfica das participantes encontra-se representada na Tabela 1.

Relativamente à assiduidade, a média de participação foi de 18.9 sessões (em 24 sessões), sendo que 64.9% das participantes, frequentou mais de 75% das sessões. Apenas 3 participantes (8.11%) frequentaram a totalidade das sessões do *programa RehMove*.

*Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra*

Total: 37 participantes n (%)	
<b>Género</b>	
Masculino	0 (0)
Feminino	37 (100)
<b>Idade</b>	49.3 (10.16) *
<b>IMC</b>	26.2 (4.18) *
Peso a menos	1 (2.7)
Peso normal	16 (43.2)
Excesso de peso	12 (32.4)
Obesidade grau I	7 (18.9)
Obesidade grau II	1 (2.7)
<b>Estado Civil</b>	
Casado/a	25 (67.6)

Divorciado/a	7 (18.9)
Solteiro/a	3 (8.1)
União de facto	2 (5.4)

#### **Habilitações Literárias**

Ensino Primário completo	3 (8.1)
Ensino Básico completo	6 (16.2)
Ensino Secundário incompleto	2 (5.4)
Ensino Secundário completo	9 (24.3)
Ensino Superior incompleto	1 (2.7)
Ensino Superior Completo	16 (43.2)

#### **Situação Profissional**

Trabalho a tempo inteiro	18 (48.6)
Trabalho a tempo parcial	4 (10.8)
Baixa médica	5 (13.5)
Desempregado/a	3 (8.1)
Reformado/a	5 (13.5)
Doméstico/a	2 (5.4)

\* Dados relativos à respetiva média e desvio padrão

Relativamente às características clínicas das participantes, e como apresentado na Tabela 2, 30 das 37 participantes (81.1 %), sabiam que tinham fibromialgia há mais 24 meses. As restantes participantes sabiam há pelo menos 12 (10.8%) ou 6 (2.7%) meses, existindo apenas duas das participantes (5.9%) que não sabiam há quanto tempo tinham sido diagnosticadas com fibromialgia. A medicação para a fibromialgia era um recurso usado por 75.7% das participantes e a média de pontos dolorosos identificados pelas participantes foi de 10.49 pontos.

Relativamente às faltas ao trabalho, 2 participantes não responderam a essas questões. Considerando as 35 participantes que reponderam, 16 (45.7%) referiram ter faltado ao trabalho no último ano devido à fibromialgia. Para a maioria das participantes que faltaram fizeram-no mais de 3 vezes no ano e com uma ausência superior a 1 semana (correspondendo respetivamente a 68.8% e a 75% das participantes que faltaram ao trabalho). A maioria das participantes (68.6%) não esteve de baixa remunerada motivada pela fibromialgia no último ano.

*Tabela 2. Caracterização clínica da amostra*

Total 37 participantes n (%)	
<b>Tempo de Diagnóstico</b>	
6 a 12 meses	1 (2.7)
12 a 24 meses	4 (10.8)
Mais de 24 meses	30 (81.1)
Não sabe	2 (5.4)

**Medicação**

Sim	28 (75.7)
Não	9 (24.3)

**Número de Pontos Dolorosos** 10.5 (3.8) \*

**Faltas ao Trabalho**

Sim	16 (45.7) +
Não	19 (54.3) +

## Frequência da Ausência

1 vez	1 (6.3)
2 vezes	2 (12.5)
3 vezes	2 (12.5)
Mais de 3 vezes	11 (68.8)

## Duração da Ausência

1 a 2 dias	1 (6.3)
3 a 4 dias	2 (12.5)
1 semana	1 (6.3)
Mais de 1 semana	10 (75.0)

**Baixa Remunerada**

Sim	11 (31.4) +
Não	24 (68.6) +

\* Dados relativos à respetiva média e desvio padrão  
+ O valor da amostra corresponde a 35,  
porque 2 participantes não responderam.

**Normalidade das variáveis**

A normalidade das variáveis foi avaliada utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Este é o teste recomendado para amostras de pequena dimensão, devendo ser considerada a sua utilização quando se trata de amostras cujos valores sejam entre 30 a 50 indivíduos (Marôco, 2014). Como o valor da amostra total deste estudo é pouco superior a 30 indivíduos optou-se pela utilização deste teste.

Os resultados do teste de Shapiro-Wilk à normalidade das variáveis “intensidade da dor”, “incapacidade funcional” e “força muscular” do membro superior direito, esquerdo e membros inferiores encontram-se representados na Tabela 3. Relativamente à intensidade da dor, esta apresentou uma distribuição normal, pois verificou-se que tanto na avaliação inicial, intermédia e final, os valores de  $p$  do teste da normalidade foram superiores a 0.05. Relativamente à incapacidade funcional, não apresentou uma distribuição normal, pois os valores de  $p$  do teste da normalidade foram superiores a 0.05 apenas nos momentos de avaliação inicial e final. Quanto à força muscular, os valores de  $p$

apresentados no teste da normalidade desta variável foram inferiores a 0,05 em todos os momentos de avaliação. Assim, tanto a força muscular do membro superior direito, membro superior esquerdo e membros inferiores, não apresentaram uma distribuição normal.

*Tabela 3. Normalidade das variáveis dor, função e força muscular*

		<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Intensidade da dor</b>	Estatística de Teste	0,950	0,942	0,953
	Valor de p	<b>0,094*</b>	<b>0,055*</b>	<b>0,118*</b>
<b>Incapacidade Funcional</b>	Estatística de Teste	0,981	0,936	0,977
	Valor de p	<b>0,756*</b>	0,034	<b>0,639*</b>
<b>Força Muscular membro superior direito</b>	Estatística de Teste	0,589	—	0,886
	Valor de p	< 0,001	—	0,001
<b>Força Muscular membro superior esquerdo</b>	Estatística de Teste	0,781	—	0,795
	Valor de p	< 0,001	—	< 0,001
<b>Força Muscular membros inferiores</b>	Estatística de Teste	0,833	—	0,913
	Valor de p	< 0,001	—	0,008

Estatística de Teste referente ao Teste Shapiro-Wilk

\* Valores p de referência > 0,05

### **Comparação de resultados entre os momentos de avaliação**

Para a realização da inferência estatística, foram escolhidos os testes com base nas hipóteses de investigação de cada variável e nos pressupostos de utilização dos respetivos testes.

Para a incapacidade funcional, pretendeu-se verificar a existência de diferenças significativas nos indivíduos com fibromialgia ao longo do programa (4 semanas) e no final do programa (8 semanas), em comparação com os valores apresentados no início do mesmo. Como para esta variável não foram cumpridos os pressupostos da normalidade, optou-se pelo teste não-paramétrico da *ANOVA de Friedman*, a opção não-paramétrica da *ANOVA de Medidas Repetidas* que permite comparar populações a partir de mais de duas amostras emparelhadas (Marôco, 2014).

Para a força muscular, pretendeu-se verificar a existência de diferenças significativas na força muscular dos membros superiores e inferiores, dos indivíduos com fibromialgia, no final do *programa RehMove*, em comparação com os valores apresentados no início do mesmo. Para tal, e porque as médias de valores obtidas para a variável força muscular

não apresentaram uma distribuição normal, recorreu-se à opção não-paramétrica da comparação de duas amostras emparelhadas: o *Teste de Wilcoxon* (Marôco, 2014).

Para a dor, pretendeu-se verificar a existência de diferenças significativas ao nível da intensidade da dor, dos indivíduos com fibromialgia, ao longo do programa e no final do programa *RehMove*, em comparação com os valores do nível da dor no início do mesmo. Apesar de apresentar uma distribuição normal, esta variável foi a única a apresentar o pressuposto da normalidade, num total de cinco variáveis. Desta forma, optou-se, também para esta variável, pela utilização da alternativa não-paramétrica (Marôco, 2014). Foi utilizado o teste não-paramétrico *ANOVA de Friedman*, para comparar a amostra nos diferentes momentos de avaliação.

Os resultados com referências aos respetivos testes de inferência estatística utilizados no estudo encontram-se representados na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação dos resultados das variáveis entre os momentos de avaliação inicial, intermédia e final

	Avaliação Inicial (0 Semanas)	Avaliação Intermédia (4 semanas)	Avaliação Final (8 semanas)	Comparação dos resultados no conjunto	
	n = 37 $\bar{x}$ ( $\sigma$ )	n = 37 $\bar{x}$ ( $\sigma$ )	n = 37 $\bar{x}$ ( $\sigma$ )	Estatística de Teste	Valor de p
<b>Intensidade da dor</b>	5.49 (1.85)	5.08 (1.75)	3.65 (2.124)	14.718	0.001* <sub>1</sub>
<b>Incapacidade funcional</b>	61.50 (16.84)	49.17 (13.0)	38.92 (16.82)	21.483	<0.001* <sub>1</sub>
<b>Força Muscular membro superior direito</b>	28.50 (33.60) +	—	52.53 (35.32) +	– 4.09	< 0.001* <sub>2</sub>
<b>Força Muscular membro superior esquerdo</b>	22.32 (19.78)	—	47.46 (38.29)	– 4.44	< 0.001* <sub>2</sub>
<b>Força Muscular membros inferiores</b>	9.44 (9.92) +	—	14.44 (11.35) +	– 2.91	0.001* <sub>2</sub>

\* Valor p de referência  $\leq 0,05$

\*<sub>1</sub> Teste da ANOVA de Friedman

\*<sub>2</sub> Teste de Wilcoxon

+ n=36, porque 1 participante não conseguiu realizar o teste por dor/desconforto

Relativamente à dor, com base na aplicação da *ANOVA de Friedman*, verificou-se que existiram diferenças na intensidade da dor no conjunto dos três momentos de avaliação e que estas diferenças foram estatisticamente significativas [ $X^2(3)=14.718$ ;  $p=0.001$ ;  $n=37$ ] (Tabela 4). Realizou-se a comparação múltipla de médias de ordens para a variável



intensidade da dor, para verificar quais os pares de distribuições entre os diferentes momentos de avaliação que diferiram entre si (Marôco, 2014). Dessa comparação, que se encontra representada na Tabela 5, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa da intensidade da dor entre os momentos de avaliação intermédia e final ( $p=0.048$ ) e de avaliação inicial e final ( $p<0.001$ ). Entre a avaliação inicial e intermédia a redução observada não foi estatisticamente significativa ( $p=0.104$ ).

Tabela 5. Comparação múltipla de médias para a intensidade da dor

	Estatística de Teste	Erro-padrão	Valor de p
<b>Dor inicial – Dor intermédia</b>	0.378	0.232	0.104
<b>Dor intermédia – Dor final</b>	0.515	0.209	0.048*
<b>Dor inicial – Dor final</b>	0.838	0.232	< 0.001*

\* Valor p de referência  $\leq 0,05$

Para analisar a relevância clínica dos resultados obtidos na diminuição da intensidade da dor, as participantes foram dicotomizadas em dois grupos diferentes: um primeiro grupo, designado de “melhoria clínica”, referente às participantes que atingiram uma redução igual ou superior a 2 valores na END entre o momento de avaliação inicial e final; um segundo grupo, designado “cl clinicamente estável” correspondente às participantes, cuja diferença de resultados entre o momento de avaliação inicial e final foi inferior a 2 (Farrar et al. 2001). Com base nesse valor de referência foi elaborada a Tabela 6, onde se verifica que 56.8% das participantes do estudo conseguiram obter uma diminuição da intensidade da dor clinicamente importante.

Tabela 6. Diferença mínima clinicamente importante na dor (END)

	<b>Total. 37 participantes</b> n (%)
<b>Diferenças resultados na Dor</b>	
Dif. END $\geq 2$	21 (56,8)
Dif. END < 2	16 (43,2)

Quanto à incapacidade funcional e depois de aplicada a *ANOVA de Friedman*, verificaram-se diferenças no conjunto dos três momentos de avaliação e que estas diferenças foram estatisticamente significativas, apresentando um valor de  $p$  inferior a 0.05 [ $X^2(3)=21.483$ ;  $p<0.001$ ;  $n=37$ ] (Tabela 4). Fazendo a comparação múltipla de médias, verificou-se que essa diferença correspondeu a uma diminuição estatisticamente significativa do nível de incapacidade funcional tanto entre os momentos de avaliação

inicial e final ( $p<0.001$ ), como entre os momentos de avaliação inicial e intermédia ( $p=0,006$ ). Entre a avaliação intermédia e final a redução da incapacidade funcional observada não foi estatisticamente significativa ( $p=0.063$ ), conforme representa a Tabela 7.

Tabela 7. Comparação múltipla de médias para a incapacidade funcional

	Estatística de Teste	Erro-Padrão	Valor de p
<b>Função inicial – Função intermédia</b>	0.635	0.232	0.006*
<b>Função intermédia – Função final</b>	0.432	0.232	0.063
<b>Função inicial – Função final</b>	1.068	0.323	< 0.001*

\* Valor p de referência <0,05

Quanto à relevância clínica dos resultados obtidos na incapacidade funcional as participantes foram dicotomizadas em dois grupos tendo em consideração o valor de referência (Surendran & Mithun, 2018). Foi considerado clinicamente importante um valor igual ou superior a 27.04 pontos para a diferença de valores apresentados no questionário FIQR entre os momentos de avaliação inicial e final (Surendran & Mithun, 2018). Como representado na Tabela 8 é possível verificar que apenas 35.1% das participantes do estudo conseguiram obter uma diminuição clinicamente importante do nível de incapacidade funcional.

Tabela 8. Diferença mínima clinicamente importante da incapacidade funcional (FIQR)

	Total. 37 participantes n (%)
<b>Diferenças resultados na Incapacidade Funcional</b>	
Dif. FIQR $\geq$ 27.04	13 (35.1)
Dif. FIQR < 27.04	24 (64.9)

Relativamente à força muscular, através da aplicação do Teste de Wilcoxon, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa dos resultados após o programa RehMove, tanto nos membros superiores como nos membros inferiores. A média da força do membro superior direito aumentou significativamente ( $p<0.001$ ) entre o momento inicial e final ( $\bar{x}_{\text{inicial}}= 28.50$ ;  $\bar{x}_{\text{final}}= 52.53$ ). O aumento médio da força do membro superior esquerdo entre os momentos de avaliação inicial e final ( $\bar{x}_{\text{inicial}}= 22.32$ ;  $\bar{x}_{\text{final}}= 47.46$ ) também foi estatisticamente significativo ( $p<0.001$ ). E por fim, também a força muscular

dos membros inferiores aumentou entre os dois momentos ( $\bar{x}_{\text{inicial}}=9.44$ ;  $\bar{x}_{\text{final}}=14.44$ ) de forma estatisticamente significativa ( $p=0.001$ ), como demonstra a Tabela 4.

Quanto à relevância clínica dos resultados, a amostra foi dicotomizada considerando os respectivos valores de referência para o teste de força muscular dos membros superiores e dos membros inferiores (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2012). Para o teste de força muscular dos membros superiores direito e esquerdo, considerou-se como clinicamente importante os indivíduos que apresentaram uma diferença de 4 ou mais repetições após o *programa RehMove* (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2012). Para a dicotomização dos resultados do teste de força muscular para os membros inferiores, considerou-se como clinicamente importante os indivíduos que apresentaram uma diferença de 5 ou mais repetições após o *programa RehMove* (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2012). Observando a Tabela 9, podemos verificar que para os membros superiores direito e esquerdo, as diferenças obtidas no final do programa ao nível da força muscular foram clinicamente relevantes, respetivamente em 78.5% e 75.7% das participantes. Já relativamente à força muscular dos membros inferiores as diferenças observadas foram clinicamente relevantes para metade das participantes, considerando que uma das participantes não pôde realizar o teste por lesão.

*Tabela 9. Diferença mínima clinicamente importante na força muscular*

	Total. 37 participantes n (%)
<b>Diferenças resultados no Membro Superior Direito*</b>	
Dif. FM MSDto $\geq 4$	29 (78,5)
Dif. FM MSDto $< 4$	7 (18,9)
<b>Diferenças resultados no Membro Superior Esquerdo</b>	
Dif. FM MSEsq $\geq 4$	28 (75,7)
Dif. FM MSEsq $< 4$	9 (24,3)
<b>Diferenças resultados no Membro Inferior*</b>	
Dif. FM MI $\geq 5$	18 (48,6)
Dif. FM MI $< 5$	18 (48,6)

\* n=36, porque 1 participante não conseguiu realizar o teste por dor/desconforto

### **Perceção global de melhoria**

Para verificar a perceção global de melhoria na dor e na função, foi utilizada estatística descritiva, visto apenas serem analisados valores avaliados no fim do programa, às oito semanas. A mediana desta variável ordinal, tanto em relação à dor como à função foi 5,

correspondente à classificação: “moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”. Para avaliar a frequência de valores, foi considerado o *cut-off point* de referência estabelecido para este instrumento (Hurst & Bolton, 2004), conforme apresentado na Tabela 10.

Desta forma, verificou-se que para a dor, 70.3% das 37 participantes, considerou estar globalmente melhor após o programa, ou seja, referiram estar “moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”, “melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil” ou “muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”. Relativamente à função, 78.4% das 37 participantes também considerou estar globalmente melhor na capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia, atribuindo as mesmas classificações apresentadas para a dor.

*Tabela 10. Percepção global de melhoria após o programa, na Dor e na Função*

	<b>Total. 37 participantes</b> n (%)
<b>PGIC-Dor</b>	
≥ 5	26 (70,3)
< 5	11 (29,7)
<b>PGIC-Função</b>	
≥ 5	29 (78,4)
< 5	8 (21,6)

Para o melhor acompanhamento do processo de análise dos resultados, foram colocados em apêndice os Outputs do SPSS Statistics correspondentes à caracterização sociodemográfica e clínica, à análise da normalidade das variáveis, e aos resultados da intensidade da dor, incapacidade funcional, força muscular e percepção global de melhoria (Apêndice VIII-XIII).

## Resultados dos Grupos Focais (Fase 2)

Das 37 participantes da fase 1 do estudo, 26 apresentaram valores na escala da PGIC iguais ou superiores a 5 valores tanto para a dor, como para a função. Dessas 26 participantes, foram selecionadas, aleatoriamente, 12 participantes. A distribuição relativamente à graduação da percepção de melhoria relativamente à **dor** e relativamente às **limitações para realizar as atividades do dia-a-dia**, questionados na escala PGIC, encontra-se presente na Tabela 11.

*Tabela 11. Distribuição das participantes da Fase 2 nos valores de graduação da melhoria na PGIC-dor e PGIC-função*

	<b>Total. 12 participantes n (%)</b>
<b>Relativamente à dor (PGIC-dor <math>\geq 5</math>)</b>	
(5) “moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”	6 (50.0)
(6) “melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil”	3 (25.0)
(7) “muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”	3 (25.0)
<b>Relativamente às limitações para realizar atividades do dia-a-dia (PGIC-função <math>\geq 5</math>)</b>	
(5) “moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”	5 (41.7)
(6) “melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil”	4 (33.3)
(7) “muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”	3 (25.0)

Da análise dos dados dos grupos focais emergiram dois temas principais e respetivos subtemas representados na Tabela 12.

*Tabela 12. Apresentação de temas e subtemas*

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
<b>(1)</b> Significado de “estar melhor”	<b>(1.1)</b> Capacidade para controlar os sintomas;
	<b>(1.2)</b> Capacidade para corresponder às exigências do contexto;
	<b>(1.3)</b> Capacidade para tolerar a redução da medicação
<b>(2)</b> Fatores que permitem dizer “estou melhor”	<b>(2.1)</b> Integração de novo conhecimento e atribuição de novo significado à doença;
	<b>(2.2)</b> Comprometimento para integrar o exercício e as aprendizagens na rotina diária
	<b>(2.3)</b> Identificação e aprendizagem com o grupo;
	<b>(2.4)</b> Adequação da intervenção às necessidades individuais

No “tema 1” foram discutidos os aspetos identificados pelas participantes para dizerem que melhoraram com o *programa RehMove*. Após a participação no programa, as participantes referiram estar mais capazes para controlar os sintomas e para ultrapassar os problemas causados pela doença em comparação com o início do programa. As participantes pareceram percecionarem-se como mais capazes para realizar as atividades do dia-a-dia e para corresponder às exigências do contexto social, familiar ou laboral, bem como para tolerar a redução da medicação, que aparentou ser interpretado como outra forma de avaliar a melhoria.

No “tema 2” foram explorados os aspetos que as participantes consideraram importantes e que, na sua perspetiva, influenciaram ou contribuíram para os resultados percecionados. Para as participantes do *programa RehMove*, a integração de novos conhecimentos sobre o comportamento da doença ou o aumento da consciência para a gestão dos sintomas foram encarados como fatores que favoreceram os bons resultados percecionados. A integração do exercício na rotina diária, bem como das aprendizagens alcançadas durante o programa pareceram ser fatores importantes para a obtenção de melhorias. O grupo pareceu funcionar como um elemento de apoio e que influenciou a criação de estratégias partilhadas para a autogestão da doença. Por fim, na perspetiva das participantes, a escuta ativa, a dedicação ou a adaptação do programa às características da pessoa, foram atributos dos profissionais de saúde identificados como importantes e que transmitiram motivação e segurança às participantes no processo de tratamento, apresentando um contributo relevante para as melhorias percecionadas.

Cada um dos grandes temas e respetivos subtemas são explorados em seguida, sendo utilizados excertos dos grupos focais que permitem suportar a análise realizada. Os excertos encontram-se codificados para permitir uma fácil localização nas transcrições da seguinte forma: (*Nome fictício da participante, Grupo Focal em que participou – “GFx”, número de página da transcrição, número das linhas*).

## **Tema 1 - Significado de “estar melhor”**

### ***1.1 - Capacidade para controlar os sintomas***

Do discurso das participantes transpareceu a ideia de que sentiam maior controlo sobre a doença. Isso foi explicitado quando afirmaram que não tiveram uma recuperação ou uma

remissão total dos sintomas, mas sentiam, pelo menos, que estes não provocam o mesmo impacto no seu dia-a-dia. O exemplo da participante Francisca demonstrou uma perspetiva mais positiva sobre a doença, isto é, mesmo nas situações em que não percebia porque estava pior, passou a conseguir colocar menos pressão ou stress sobre o alívio dos sintomas e com isso, passou a sentir-se melhor. Segundo a perspetiva desta participante, o nível de pressão ou stress tinha repercussão nos sintomas físicos.

*«É assim, mesmo hoje eu não consigo gerir a cem por cento, claro que não. Às vezes sei que estou a exagerar, sei que estou a abusar no exercício ou nas atividades que faço. Pronto, pago a fatura! Mas tenho o conhecimento que fui eu que provoquei aquilo... pronto, fui eu. Outras situações tenho sem saber porquê, mas consigo pensar que “isto é um momento, vai passar” e não stresso tanto como a princípio, a dizer “vou ficar assim, vou ficar assim, isto não me vai passar” e cada vez ficava pior, não é? Porque a parte muscular... quanto mais nos enervamos mais dores temos. Agora consigo ter mais calma...» (Francisca, GF1, 12, 609-622)*

A melhoria foi percecionada pela capacidade de controlar a dor e pela diminuição da frequência das agudizações da dor. As participantes também recorreram às situações anteriores que causavam stress e aumento dos sintomas para mostrar como, após o programa *RehMove*, passaram a geri-las melhor, sentindo-se melhor por isso. O “estar mais tranquila”, “deixar a pressão”, foram algumas das expressões utilizadas, por exemplo, pela participante Gertrudes para dizer que estava melhor ou diferente relativamente ao passado.

*«Já sei... conheço os meus limites, sei controlar a dor, as crises estão muito mais espaçadas, tenho muito mais qualidade de vida... Não se compara com quando aqui cheguei, em que a gente mal se mexia, não conseguíamos voltar o pescoço... Uma vez, ainda me lembro, pediram-me para fazer um exercício com uma perna e só não chorei por vergonha [referindo-se à dificuldade em completar um movimento solicitado no programa *RehMove*], porque aquilo doía tanto, tanto, tanto... e quando chegámos ao fim das sessões, mesmo para o final, já fazia aquilo “com uma perna às costas”.» (Teresa, GF2, 8, 392-404)*

*«Acabar com aquela ansiedade de ter que fazer tudo, parece que o mundo vai acabar, e a dor não acaba. (...) [por exemplo] tentar ficar com os meus netos... fico com eles naquela assim “Está tudo para fazer, quando eles chegarem faz-se.” Deixar aquela pressão de estar sempre com aquela pressão com os músculos todos atrofiados e com tudo atrofiado. Pronto, isso foi o que eu senti também dessas melhorias todas e... estar assim mais tranquila» (Gertrudes, GF2, 5, 194-204)*

### 1.2 - Capacidade para corresponder às exigências do contexto

Após a análise dos grupos focais, a funcionalidade aparentou ser um dos aspetos mais importantes para as participantes. A percepção de melhoria pareceu estar presente na referência a uma maior capacidade de movimento, isto é, após o programa as participantes começaram a realizar movimentos que antes não conseguiam executar. Por exemplo, para a Antónia, conseguir “abrir a tampa de uma garrafa” foi encarada como uma “grande vitória”.

*«(...) comecei a conseguir...ter capacidades que... já não tinha... que achava que não tinha e a fazer...movimentos e... coisas que já não conseguia fazer... Para mim foi uma vitória, como por exemplo, abrir uma garrafa de água... isto para mim são vitórias. (...) Portanto, são melhorias que para uma pessoa normal, acha ridículo, não é? Que para uma pessoa que tem fibromialgia... ufa! Meu Deus!» (Antónia, GF1, 1, 32-43)*

Noutro sentido, pareceu também existir a percepção de uma melhoria se a realização desses movimentos ou atividades específicas correspondesse às exigências do contexto social, familiar ou laboral. Por exemplo, a participante Bárbara, enfatizou o “chorar por não conseguir brincar com a filha”, como algo que lhe causava sofrimento antes do programa, e que depois do programa passou a conseguir realizar. Simultaneamente, ao utilizar o parecer do marido para explicar como já conseguia realizar atividades no contexto familiar, demonstrou a forma como o contexto social contribuiu para as participantes avaliarem a sua melhoria.

*«Então agora estive a pensar, mas o que é que me fazia sofrer na altura? Felizmente já não me lembro, não é? Então eu lembro-me que chorava a dizer*



*“Eu gostava de voltar a rebolar com a minha filha na relva” ... [Agora] Eu reboło com a minha filha, eu pego na minha filha e ponho-a às cavalitas!... Eu no ano passado tive o meu marido a dizer-me “foi o primeiro ano de férias, desde há muitos anos, que eu te vi tanto tempo na água, a nadar, e a brincar...”» (Bárbara, GF2, 7, 332-335)*

Para outra das participantes, Vânia, o bom desempenho no trabalho ou o conseguir desempenhar o trabalho sem problemas constituiu outra forma de monitorizar a melhoria.

*«(...) depois no fim já me sentia melhor e já me sentia com mais capacidade, tanto que depois consegui esta oportunidade de emprego e consegui fazer os três contratos [de trabalho] sem problemas.» (Vânia, GF2, 2, 50-54)*

### ***1.3 - Capacidade para tolerar a redução da medicação***

A medicação foi um dos aspetos frequentemente abordados e relevantes para as participantes. A toma elevada de medicamentos e a dificuldade em reduzi-la, constituíam preocupações para as participantes. A redução da medicação foi encarada não só como um objetivo de melhoria, mas também como uma forma de avaliar o sucesso da intervenção.

*«O meu objetivo era deixar de tomar diariamente o relaxante muscular. Consegui! Mas pontualmente continuo a ter que tomar quando tenho crises. Mas deixei de tomar medicação esse era o meu grande objetivo. Deixei de tomar!» (Francisca, GF1, 5, 222-227)*

Também no exemplo da Teresa, a própria participante pareceu associar a melhoria à sua intenção de reduzir a toma de medicação. Na opinião da própria, centrar a resolução dos sintomas apenas na medicação parecia não ter sido uma solução totalmente eficaz. Segundo a sua experiência anterior, “eu refugiava-me na medicação e não pode ser”. Desta forma, ter a capacidade de tolerar a redução da medicação constituiu um indicador relevante para a perceção de melhoria.

*«(...) a minha vida mudou em flecha. Eu tinha um objetivo... que eu tracei, que a coisa que eu mais queria era deixar de tomar medicamentos. Aliás, fizeram-me muito mal, tomar medicamentos que eu tomei, muitos! Porque eu*

*só queria que a dor desaparecesse. Eu só queria ter energia para trabalhar, para fazer a minha vida normal e eu refugiava-me na medicação e não pode ser. E eu tracei esse objetivo e consegui. Já não tomo nada, só em casos extremos.» (Teresa, GF2, 8, 377-386)*

## **Tema 2 - Fatores que permitem dizer “estou melhor”**

### **2.1 - Integração de novo conhecimento e atribuição de novo significado à doença**

A percepção de melhoria manifestada pelas participantes pareceu estar associada a uma mudança de comportamento relativamente à doença, existindo um conjunto de aspetos que estariam a contribuir para essa mudança. A integração de novo conhecimento foi encarado como um fator que permitiu interpretar a doença e os seus sintomas de forma diferente. Esta nova interpretação conduziu a uma melhor gestão dos sintomas. Dito de outra forma, as situações que anteriormente eram encaradas com ansiedade, associada ao confronto com a incapacidade, passaram a ser minimizadas após o *programa RehMove*. Por exemplo, dosear a quantidade de energia despendida nas atividades diárias foi referido como uma estratégia positiva, que permitiu “acondicionar” e contrariar a “luta com a doença”, como referido pela participante Francisca.

*«o conhecimento da doença foi importantíssimo e o perceber que não posso lutar com ela, tenho é que me acondicionar e ... não deixar de fazer exercício, nunca! Mas moderar: não posso fazer aquele “X” faço “Y” pronto!» (Francisca, GF1, 4, 169-173)*

Para a participante Gertrudes, o excesso de trabalho ou de esforço físico passaram a ser interpretados como elementos promotores da exacerbação dos sintomas, ao referir que o acumular de tarefas no trabalho, que levava para fazer em casa, se “transformava em dores”. A própria exemplificou como passou a conseguir contrariar isso e a fazer o doseamento do esforço físico nas suas tarefas diárias.

*«Levava montes de trabalho à noite para fazer, do meu patrão, acabei com isso completamente. (...) Pronto, era um excesso de esforço que depois aquilo não ia... que se transformava em dores e em... Em muita coisa, pronto. E habituei-me a fazer diferenças [referindo-se ao doseamento do esforço*

*físico], por exemplo, se hoje aspiro, não vou às compras. Não se faz as duas coisas. As coisas podem esperar» (Gertrudes, GF2, 4, 182-194)*

Um maior conhecimento dos fatores associados à exacerbação dos sintomas pareceu permitir que as participantes ganhassem mais consciência da importância da gestão dos sintomas e que conseguissem, antecipadamente, planejar comportamentos que melhor atenuassem o impacto dos mesmos. “Ter mais consciência” ou “estar mais alerta para os sinais” foram algumas das formas utilizadas pelas participantes para demonstrar que estavam mais atentas aos seus comportamentos e às suas sensações. Esta atenção passou a ser utilizada para monitorizar ou controlar, de forma mais eficaz, os sintomas. Sofia demonstrou esta atenção na sua capacidade de reconhecer “os sinais” do corpo, o que passou a permitir-lhe tomar a iniciativa de abrandar.

*«Faço mil e uma coisas, sou “persistir” [referindo-se a uma expressão aprendida durante o programa] ... e também é bom nós percebermos de que lado é que estamos: se somos muito ativas e precisamos de reduzir a atividade ou se somos mais paradas e precisamos de mais exercício. Isso também é muito importante. Quando estou a passar a ferro e me dá aquela picada no cotovelo é sinal que é melhor eu parar. Eu não estava alerta para estes sinais que o organismo vai dando.» (Sofia, GF1, 10, 488-498)*

A identificação de situações causadoras de “stress” e o reconhecimento da necessidade de adaptar as tarefas de modo a que não despoletassem um agravamento dos sintomas ou *flare-up*, foram reconhecidos como aspetos do conhecimento da doença que contribuíram para a perceção de melhoria após o *programa RehMove*. Por exemplo, no discurso da Bárbara, a gestão do esforço ao longo do dia foi importante para conseguir participar no grupo focal sem dores, fadiga, ou sem diminuição da capacidade de concentração.

*«o que eu senti em grande diferença foi, pegando no seu exemplo, sabendo que, por exemplo no meu caso, estar aqui às seis da tarde já é um esforço complementar em relação ao que eu faço durante o dia. Então o que é que eu faço durante o dia? Eu vou dosear. O que eu aprendi é que durante o dia eu tenho que dosear o meu empenho, vou tentar não me desgastar em nada em particular, atendendo a que eu vou ter que prolongar o dispêndio de energias até mais tarde. Porque se eu de manhã me aplicasse muito numa coisa, eu*

*chegava aqui agora e não conseguia ouvir-vos, não conseguia concentrar-me no que estava a dizer» (Bárbara, GF2, 6, 246-258)*

## ***2.2 - Comprometimento para integrar o exercício e as aprendizagens na rotina diária***

A integração do exercício aprendido durante o *programa RehMove* na rotina diária ou a manutenção de níveis de atividade física após o programa, foram encarados como aspetos importantes para as melhorias percecionadas. Por exemplo, a participante Vânia enfatizou a ideia de um momento de mudança face à anterior rotina ou à anterior forma de fazer o exercício ao referir que “a partir do momento em que aprendi a fazer aquele esquema, aquela rotina...”, “passei a sentir-me muito melhor”. Deste modo, o plano ou a rotina de exercícios aprendido durante o programa parece ter contribuído para a sua perceção de melhoria.

*«O meu corpo não estava preparado para aquele tipo de movimentos, a partir do momento em que aprendi a fazer aquele esquema, aquela rotina de exercícios... e principalmente os alongamentos, hum... passei a sentir-me muito melhor!» (Vânia, GF2, 17, 818-823)*

O exercício foi também interpretado como uma componente que deveria fazer parte da rotina diária para que se mantivessem as melhorias percecionadas. O “precisamos de continuar todos os dias” ou a perceção de que “as crises são menores quando fazemos exercício” foram expressões utilizadas pela participante Sofia para demonstrar a importância da prática do exercício físico, após *programa RehMove*.

*«Hum e eu já percebi, por mim própria, que se estiver a fazer exercício físico, qualquer um que seja (pode ser o que estava a ser implementado nas sessões ou hidroterapia ou fisioterapia), eu passo melhor... eu não tenho tantas dores.(...) Nós precisamos mesmo de continuar todos os dias a fazer exercício, porque as crises são menores quando nós fazemos exercício físico. Pelo menos, comigo funciona assim.» (Sofia, GF1, 2, 62-83)*

A perspetiva de continuidade a longo prazo, relativamente à prática do exercício, esteve presente também quando a participante Zélia referiu: “nós virmos e depois pararmos não

vale nada”. Para esta participante, existia ainda a perspetiva que o importante seria não parar totalmente, isto é, mesmo em situações em que poderia não conseguir fazer exercício (por questões de lesão ou outra) seria importante manter os níveis de atividade física.

*«Mas o que vocês aqui ensinam e que nós fazemos, temos que aprender e é para utilizarmos, porque nós virmos e depois pararmos não vale nada. Porque é assim, nós temos que nos habituar a fazer aquilo que nos faz bem. Poderá haver um exercício ou outro que não podemos fazer numa altura ou outra... O meu braço, o ano passado não trabalhou mesmo, ficou paradinho [devido a uma lesão], não ia fazer esforço, não é? Mas nós temos que pelo menos, andar, caminhar...» (Zélia, GF2, 2, 77-86)*

A necessidade de estabelecer um compromisso consigo mesma foi também referida como necessária para as melhorias percecionadas e para a sua manutenção ao longo do tempo. Este foi um aspeto patente, por exemplo, no discurso da Gertrudes: “tem de depender de nós”, reforçando a importância de criar um compromisso pessoal para que existissem melhorias. Assumir o compromisso de seguir as aprendizagens adquiridas com o *programa RehMove* pareceu ser um fator utilizado para justificar a perceção de melhoria.

*«E também tem de depender de nós. Nós também temos que dar um esforço de estarmos ali [nas sessões] com responsabilidades. Ou seja, a gente está ali para também colaborar com vocês e temos responsabilidades e temos que cumprir e... e fazer...» (Gertrudes, GF2, 42, 2150-2154)*

### **2.3 - Identificação e aprendizagem com o grupo**

As participantes realçaram a oportunidade de discussão dos conhecimentos e das experiências sobre a doença com o grupo como um fator com influência nas melhorias percecionadas. Os conhecimentos e experiências partilhados entre as participantes favoreceram a construção de estratégias mais eficazes para a realização do exercício ou das tarefas diárias. Tal como presente no discurso da Sofia, a descoberta de semelhanças entre os problemas das participantes através do grupo funcionou como uma oportunidade para construírem novas ideias e desenvolverem estratégias comuns mais eficazes para a autogestão da doença.

*«(...) lembro-me sempre do testemunho da Francisca quando disse que não conseguia cortar feijão verde (...) E o abrir a porta do chuveiro. Já lhe disse a ela... porque ela não conseguia abrir a porta do chuveiro. E eu um dia deparei-me com o mesmo problema que ela. Eu não conseguia abrir e... e... depois nós inventámos estratégias e formas para contornar a situação, não é?» (Sofia, GF1, 10, 471-481)*

Por outro lado, a interação com o grupo veio contrariar uma perceção anterior de solidão nas “queixas”, isto é, a presença de uma perceção de que eram as únicas pessoas com o problema. Esta mudança de perceção foi demonstrada através de expressões como “agora sei que não estou sozinha”, “eu achava que estava sozinha e afinal há mais pessoas”. A identificação da participante com o grupo pareceu contribuir para o aumento da perceção da capacidade de autogestão na resolução dos desafios desencadeados pela doença. Por exemplo, a participante Francisca revelou que a identificação com o grupo, funcionou como “uma espécie de conforto” que nas situações em que sentia um agravamento dos sintomas lhe permitia ganhar a capacidade de se “distanciar da dor” e de se questionar sobre o que poderia fazer para se sentir melhor.

*«(...) foi bom perceber que as pessoas tinham a mesma dificuldade, lutavam com as mesmas coisas e, portanto, eu mesmo passando a estar sozinha à mesma em casa (e não nos encontramos muitas vezes ou quase nunca), eu sei que não estou sozinha! E portanto isso para mim, deu-me... hum... uma espécie de conforto... que me ajuda quando estou pior a dizer assim: “eu não estou sozinha, há mais pessoas a sofrer isto, tens é que dar uma hipótese e tens que alterar”, ou seja, capacitou-me para eu ter a capacidade de me distanciar um bocadinho da dor e... e do que estou a sentir e dizer assim: “Como é que eu vou ultrapassar isto?”.» (Francisca, 3, 133-146)*

Também foi enfatizado pelo exemplo da participante Teresa que a interação com o grupo incentivou a sua motivação para gerir os desafios associados à doença. Simultaneamente, o grupo constituiu uma oportunidade para que as participantes se sentissem compreendidas e credibilizadas, como enfatiza a Gertrudes.

*«(...) parece que apareceu uma força nova em mim... Porque eu achava que estava sozinha e afinal há mais pessoas e tive vontade de saber mais, e tive*

*vontade de andar para a frente, de melhorar, de... passar barreiras e obstáculos.» (Teresa, GF2, 33, 1644-1648)*

*«havia mais pessoas do que eu, em que a gente pode partilhar. Ninguém nos censura, ninguém nos critica, ninguém nos aponta o dedo porque elas [colegas participantes] também têm e conseguem perceber a nossa linguagem» (Gertrudes, GF2, 18, 903-907)*

#### 2.4 - Adequação da intervenção às necessidades individuais

“Sentir empenho”, “dedicação”, “interesse” foram algumas das expressões utilizadas pelas participantes para destacar o papel do profissional de saúde no *programa RehMove* e que pareceu ser considerado como um fator importante para a melhoria percebida. A capacidade de o fisioterapeuta integrar as observações das participantes e corresponder às suas necessidades no decorrer do próprio programa foi sublinhada. Por exemplo, para a Cheila o “empenho dos profissionais” foi revelado quando tentavam “arranjar outra maneira” de fazer o exercício sem comprometer um problema que a participante tinha no joelho.

*«(...) houve um grande empenho dos profissionais, sim. Eu por exemplo falo por mim, porque haviam alguns movimentos que eu não poderia fazer como as minhas colegas, por causa do meu joelho e... e... as fisioterapeutas tentavam sempre arranjar outra maneira de eu fazer o exercício. Foram sempre muito cuidadosas.» (Cheila, GF1, 11, 518-526)*

Para algumas participantes “serem ouvidas” pareceu ter um contributo importante para a melhoria percebida, conforme demonstrado no exemplo da Zélia.

*«porque havendo um terapeuta que saiba ouvir... acho que todas as queixas, de todas as pessoas, é meio caminho andado para uma possível, não digo cura, mas quase...» (Zélia, GF2, 46, 2358-2363)*

O discurso das participantes enfatizou a importância dos profissionais estarem atentos e demonstrarem dedicação ou esforço para garantir que as sessões do *programa RehMove* eram centradas nas suas características e necessidades. No excerto referente à intervenção da Francisca, por exemplo, foi utilizado o contraste com experiências anteriores mais

negativas para reforçar a importância da escuta ativa do fisioterapeuta aos sinais e características das participantes como fator contribuinte para a percepção de melhoria.

*«Nunca nos diziam “não sei” ou “olhe não faço ideia”, “olhe não faça”, não! Era sempre uma alternativa! Portanto, sempre uma coisa... havia sempre uma alternativa a fazer. Eu acho que isso é muito positivo da parte... porque nos sentimos acompanhadas e confortáveis... Eu vim com o percurso todo ao contrário, (...) já tinha passado em todo o lado e não tinha resultado. Por mais que eu dissesse aos médicos que não estava a resultar, eles... o retorno era “a senhora não sabe o que está a dizer, nós é que sabemos”» (Francisca, GF1, 11, 539-553)*

Desta forma, a adequação da intervenção às especificidades de cada participante pareceu ser um aspeto relevante para justificar as melhorias percecionadas.



## DISCUSSÃO

Os resultados da fase 1 demonstraram que as participantes conseguiram obter melhorias, estatisticamente significativas, na redução da intensidade da dor, na incapacidade funcional e no aumento da força muscular dos membros superiores e inferiores, quando sujeitas a um programa de intervenção baseado em exercício e educação para autogestão da condição clínica, realizado com uma frequência trissemanal, com uma duração média de 90 minutos por sessão e ao longo de 8 semanas.

Os dados recolhidos na fase 2 permitiram aprofundar a compreensão dos dados recolhidos na fase 1, nomeadamente através do entendimento sobre os indicadores utilizados pelas participantes para avaliar as suas melhorias, bem como os aspetos que as justificaram.

Da análise da fase 2, destacaram-se três aspetos associados, pelas participantes, à sua melhoria clínica. Primeiro, a perceção de que conseguiam controlar os sintomas; segundo, a de que conseguiam corresponder às exigências do contexto; e terceiro, a de que foram capazes de tolerar a redução da medicação. Foi também possível, através dessa análise, identificar quatro aspetos principais que as participantes consideraram importantes e que contribuíram para as melhorias percebidas: a importância da integração de um novo conhecimento e atribuição de um novo significado à doença; o comprometimento para integrar o exercício e as aprendizagens resultantes do *programa RehMove* na rotina diária; a identificação e aprendizagem com o grupo; e a importância da adequação da intervenção às necessidades individuais das participantes.

A discussão do presente estudo foi dividida em três partes principais. A primeira parte, referente à discussão dos resultados quantitativos da fase 1, sobre o efeito do *programa RehMove* na intensidade da dor, incapacidade funcional, força muscular e na perceção global de melhoria. A segunda parte, referente à discussão dos resultados qualitativos da fase 2. A terceira e última parte, representa a discussão integrada dos resultados da fase 1 e 2, em que se pretendeu destacar diferenças de resultados entre as duas fases, aprofundar o contributo da informação qualitativa para compreender melhor o significado dos resultados do *programa RehMove*, identificar limitações e destacar o contributo deste estudo para o futuro da investigação e da prática dos fisioterapeutas.

## Discussão dos dados da Fase 1

Os resultados da primeira fase demonstraram que as pessoas com fibromialgia que participaram no *programa RehMove* obtiveram melhorias estatisticamente significativas na redução da intensidade da dor e que a diminuição da intensidade da dor, revelou ser clinicamente relevante para mais de metade das participantes do presente estudo. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores, em que programas de intervenção baseados em exercício e educação demonstraram um efeito estatisticamente significativo na redução da intensidade da dor em pessoas com fibromialgia (Hävermark & Langius-Eklöf, 2006; Häuser et al., 2009; van Koulil et al., 2010; Saral, Sindel, Esmaeilzadeh, Sertel-Berk, & Oral, 2016).

Também o presente estudo demonstrou uma melhoria estatisticamente significativa da incapacidade funcional das participantes. Estudos anteriores, apesar de utilizarem instrumentos de medida diferentes do utilizado no presente estudo para avaliar a incapacidade funcional (como a *Fybromyalgia Impact Questionnaire - FIQ*, o questionário de estado de saúde *SF-36* ou o *Rheumatic Diseases on General Health and Lifestyle - IRGL*), também demonstraram resultados positivos neste *outcome* (Rooks et al., 2007; Mannerkorpi, Nordeman, Ericsson, Arndorw, GAU Study Group, 2009; van Koulil et al., 2010; Saral et al., 2016). Estes estudos também utilizaram apenas domínios específicos desses instrumentos, isto é, selecionaram a componente referente à função das escalas utilizadas para analisar os resultados (Rooks et al., 2007; Mannerkorpi, Nordeman, Ericsson, Arndorw, GAU Study Group, 2009; van Koulil et al., 2010; Saral et al., 2016). Para além disso, nem sempre foram utilizadas escalas específicas para a população com fibromialgia (van Koulil et al., 2010). Esta discordância na aplicação do tipo de medidas de resultados a aplicar para avaliar o nível de incapacidade funcional das pessoas com fibromialgia, dificulta a análise comparativa do presente trabalho com os estudos anteriores e é um fator de viés para futuras análises dos resultados das intervenções nesta população (Carville et al., 2008).

Para além dos efeitos do *programa RehMove* na intensidade da dor e na incapacidade funcional dos indivíduos com fibromialgia, o presente estudo também demonstrou o aumento estatisticamente significativo da força dos membros superiores e inferiores das participantes no final do programa, em comparação com os valores apresentados no início. Estes resultados são concordantes com o estudo anterior de Rooks e colaboradores

(2007), em que a intervenção combinada de exercício e educação obteve melhorias estatisticamente significativas da força muscular dos membros superiores e inferiores.

Tal como na avaliação da incapacidade funcional na população com fibromialgia, os estudos existentes utilizam diferentes instrumentos para avaliar a força muscular (Rooks et al., 2007; Nelson, 2015; Glasgow, Stone, & Kingsley, 2017). Para além disso, a componente de exercício dos estudos anteriores integrou uma componente de exercício aeróbio, o que não aconteceu no presente estudo (Zijlstra et al., 2005; Mannerkorpi et al., 2009; Giannotti et al., 2014). Desta forma, a análise comparativa com os estudos anteriores é também limitada pelo facto de serem utilizados predominantemente instrumentos para avaliar a “performance física” (associada ao treino aeróbio), em vez da força muscular (como aconteceu no presente estudo).

Por fim, a análise dos resultados obtidos através da PGIC, permitiu verificar que, quer relativamente à dor, quer relativamente à incapacidade funcional, as percepções de melhoria foram clinicamente relevantes para a maioria das participantes do *programa RehMove* (assumindo uma pontuação  $\geq 5$ ). Estes resultados corroboram o demonstrado no estudo de Bourgault e colaboradores (2015) em que a maioria das participantes com fibromialgia consideraram estar melhores na dor e na incapacidade funcional após a participação num programa de intervenção baseado no exercício e na educação para a autogestão da condição. Contudo, poucos são os estudos existentes na literatura, que utilizaram escalas de percepção de melhoria para demonstrar os efeitos, nesta população, de intervenções como o *programa RehMove*. Os estudos que utilizaram escalas de graduação da percepção de melhoria ou aplicaram-nas de uma forma global e não específica (como a PGIC referente à dor, por exemplo) ou utilizaram diferentes formatos e diferentes valores de referência, dificultando a comparação com os resultados do presente estudo (Hammond & Freeman, 2006; van Koulil et al., 2010; McBeth et al., 2012).

Em suma, os resultados da fase 1 do presente estudo corroboram a evidência demonstrada em estudos anteriores, relativamente ao efeito dos programas de intervenção baseados em exercício e educação em pessoas com fibromialgia. Porém, a comparação dos atuais resultados com os estudos anteriores, reforça a presença de uma discordância nos formatos e nos instrumentos de medida utilizados para avaliar os resultados. Isto releva a importância de, nas investigações futuras, explorar consensos sobre as formas e os aspetos

a avaliar aquando da implementação de programas de intervenção na população com fibromialgia.

## Discussão dos dados da Fase 2

### Tema 1. Significado de estar melhor

A análise realizada com os grupos focais de participantes do *programa RehMove* que consideraram estar, pelo menos, “moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”, após o programa, permitiu verificar que, para as participantes, uma das formas de identificar que estavam melhores baseou-se na perceção da **capacidade para controlar os sintomas**. Segundo o analisado em estudos anteriores envolvendo pessoas com fibromialgia, “estar melhor” requer esforço para gerir os sintomas e retomar o controlo da sua própria saúde (Juuso et al., 2013; Grape et al., 2015). No entanto, ter a capacidade para autogerir os sintomas não foi um aspeto diretamente referido nos estudos anteriores, enquanto elemento importante para avaliar a melhoria após tratamento de pessoas com fibromialgia.

Para além da capacidade para controlar os sintomas, através do discurso das participantes do estudo foi possível compreender que a **capacidade para corresponder às exigências do contexto** foi outro dos aspetos identificados para a perceção de melhoria após o *programa RehMove*. Conseguir brincar com os filhos, conseguir realizar exercício físico sem queixas ou conseguir desempenhar o trabalho e tolerar a exigência de novos trabalhos, foram algumas das formas identificadas para demonstrar as melhorias percecionadas. Completar as tarefas laborais, cumprir as tarefas domésticas e dar resposta às responsabilidades de uma vida familiar têm assumido relevo em estudos anteriores centrados na investigação da perspetiva dos indivíduos com fibromialgia (Wuytack & Miller, 2011; Juuso et al., 2013; Grape et al., 2015; Briones-Vozmediano, Vives-Cases, & Goicolea, 2016; D. Russell et al., 2018). De acordo com as participantes do presente estudo, a importância atribuída ao contexto social, familiar e laboral aponta a capacidade para corresponder ao contexto como indicador de melhoria nos indivíduos com fibromialgia.

Por último, o outro aspeto assinalado pelas participantes para identificar a sua melhoria após o *programa RehMove* foi a perceção da **capacidade para tolerar a redução da toma de medicação**. A medicação foi referida como uma preocupação para as

participantes, e “estar melhor” também significou recorrer menos à toma de medicação para alívio dos sintomas. Algumas das participantes definiram esse como um objetivo a atingir com o *programa RehMove*. A relutância relativamente à necessidade de toma de medicação para alívio dos sintomas tem vindo a ser referida pelas pessoas com fibromialgia (Grape et al., 2015). No entanto, a utilização da medicação como um fator para a perceção de melhoria não se encontra presente no discurso dos indivíduos com fibromialgia em estudos anteriores. Apesar disso, alguns estudos quantitativos já monitorizaram o consumo de medicação nas pessoas com fibromialgia que participaram em programas de intervenção que tinham por base exercício e educação. Nesses estudos, foi possível verificar uma redução no consumo da medicação superior a 50% na maioria dos participantes (King, Wessel, Bhambhani, Sholter, & Maksymowych, 2002; Giannotti et al., 2014). Desta forma, seria um indicador importante a integrar na avaliação de resultados nesta população.

De uma forma global, os aspetos que as participantes do presente estudo consideraram para dizerem que estavam melhores, não se encontra até ao momento diretamente referido pelos indivíduos com fibromialgia em estudos anteriores. Apenas o estudo de Juuso e colaboradores (2013) explorou o significado de estar melhor nos indivíduos com fibromialgia. Os estudos anteriores que utilizam a perspetiva dos indivíduos com fibromialgia, permitiram sustentar apenas alguns exemplos que as participantes do presente estudo utilizaram para demonstrar como percecionaram essa melhoria.

## **Tema 2. Fatores que permitem dizer que estou melhor**

Segundo a análise da perspetiva das participantes do presente estudo a **integração de novo conhecimento e a atribuição de novo significado à doença** constituiu um dos principais contributos identificados pelas participantes para a perceção de melhoria. Conhecer os próprios limites, aprender a gerir o nível de exigência associado às tarefas diárias, saber equilibrar os níveis de atividade e repouso ou conseguir antecipadamente planear as tarefas diárias, foram aprendizagens relevantes para a perceção de melhoria. Estes exemplos vão ao encontro do referido por indivíduos com fibromialgia em estudos anteriores (Hallberg & Bergman, 2011; Grape et al., 2015). A aquisição de estratégias eficientes para a autogestão da condição e de uma nova interpretação face aos sintomas, foram considerados em estudos anteriores, pelos indivíduos com fibromialgia, como

fatores que favoreceram a recuperação (Mengshoel & Heggen, 2004; Bourgault et al., 2015).

Também, segundo a perspectiva das participantes do presente estudo, **o compromisso para integrar o exercício e as aprendizagens na rotina diária**, foi considerado um fator importante para a percepção de melhoria. Esta visão de comprometimento com o tratamento, a importância de aderirem e de se envolverem no processo de recuperação, constituem fatores que têm vindo a ser considerados importantes para a recuperação, pelos indivíduos com dor lombar ou dor crónica não maligna e não específica (May, 2007; Mathias, Parry-Jones, & Huws, 2014). Contudo, entre a população com fibromialgia, esta perspectiva da importância do envolvimento e do comprometimento com o tratamento, não foi explorada em estudos anteriores.

Relativamente ao exercício, para além da importância de o integrar na rotina diária, este foi interpretado pelos indivíduos com fibromialgia em estudos anteriores, como um fator que favoreceu a presença de mais momentos sem dor ou que proporcionou a redução da rigidez muscular e o aumento da vitalidade para realizar as atividades da vida diária (Hallberg & Bergman, 2011; Beltrán-Carrillo, Tortosa-Martínez, Jennings, & Sánchez, 2013). Estes resultados vão também ao encontro da perspectiva das participantes do presente estudo, que parecem estabelecer uma relação de causa-efeito relativamente ao exercício, isto é, a realização do exercício foi referida como o fator que permitiu que as exacerbações da dor passassem a ser menos frequentes e com menor intensidade.

Outro dos aspetos identificados como importantes para a percepção de melhoria, pelas participantes do presente estudo, foi a componente de grupo do programa de intervenção. Segundo as participantes, a presença de outras pessoas com os mesmos problemas permitiu **identificarem-se com o grupo e aprenderem com o grupo**, e consequentemente favorecer a construção mútua de estratégias para a autogestão dos sintomas, favorecer o aumento da percepção de autoeficácia e motivar para a mudança. A presença de modelos de referência e de pessoas com os mesmos problemas é referida como uma forma de melhorar a autoeficácia dos indivíduos (Lorig, 2003). Em estudos anteriores, a possibilidade de partilha de estratégias, a possibilidade de compreenderem que existem outras pessoas com os mesmos problemas e o aumento da motivação para enfrentar os desafios associados à doença, foram também aspetos proporcionados pela interação em grupo e que os indivíduos com fibromialgia identificaram como fatores relevantes para a sua recuperação (Beltrán-Carrillo et al., 2013; Bourgault et al., 2015).

O presente estudo reforça a importância da utilização do grupo como estratégia de intervenção que favorece a melhoria dos resultados, segundo a perspectiva dos indivíduos com fibromialgia.

Por último, para as participantes do *programa RehMove* a **adequação da intervenção às necessidades individuais** de cada pessoa, pareceu ser também um fator contribuinte para a percepção de melhoria. A perspectiva das participantes relativamente à importância da adequação da intervenção às suas necessidades individuais, responde ao que os estudos quantitativos anteriores têm demonstrado. Ou seja, as intervenções baseadas no exercício e educação que são moldadas às características dos indivíduos com fibromialgia têm apresentado resultados positivos na intensidade dor, nível de incapacidade funcional e na percepção global de melhoria (van Koulil et al., 2010; Pires, Costa, Martins, & Cruz, 2018). A adequação da intervenção às características dos indivíduos com fibromialgia tem sido recomendada. Contudo, a justificação para esta recomendação tem sido associada à promoção da adesão dos indivíduos aos programas de intervenção e não porque seja um fator relevante para as melhorias percebidas pelos indivíduos com fibromialgia (Jones & Clark, 2002; Jones & Liptan, 2009; Busch et al., 2011).

As participantes do presente estudo referiram a credibilização do seu discurso e a atenção disponibilizada pelos fisioterapeutas durante o *programa RehMove* como componentes que evidenciaram a capacidade de adequação do programa às suas características individuais. Também segundo a perspectiva dos indivíduos com fibromialgia em estudos anteriores, quando os profissionais de saúde criaram um ambiente de compreensão, de segurança, de aceitação e de disponibilidade para ouvir é favorecida a obtenção de bons resultados (Beltrán-Carrillo et al., 2013; Bourgault et al., 2015). Estes dados reforçam a importância do papel dos profissionais de saúde na intervenção, isto é, a sua capacidade de escuta ativa para com os indivíduos com fibromialgia poderá ser um fator com impacto nos resultados e na percepção de melhoria dos indivíduos.

## **Discussão integrada dos dados recolhidos da Fase 1 e 2**

A integração dos resultados obtidos na fase 1 e 2 do presente estudo, permitiu perceber, primeiramente que, apesar dos resultados positivos na intensidade da dor, **a dor não foi considerada um indicador importante para a percepção de melhoria**. Ou seja, apesar das participantes demonstrarem resultados estatisticamente significativos na END após o

*programa RehMove*, a dor não foi um indicador utilizado para avaliarem a sua melhoria. As participantes relevaram a percepção de serem capazes de gerir a dor como um dos aspetos mais significativos para a sua percepção de melhoria. A intensidade da dor foi utilizada para monitorizar a frequência de crises ou como um “alerta do corpo” para gerir o esforço nas atividades da vida diária.

Apesar de existir uma grande discussão sobre a melhor forma de utilizar a dor como o indicador para avaliar as intervenções, entre os indivíduos com dor crónica, a graduação da dor foi considerada, por estes, como um indicador insuficiente para demonstrar a percepção de melhoria (Birnie, McGrath, & Chambers, 2012; Robinson-Papp, George, Dorfman, & Simpson, 2015; Dannecker et al., 2018). Entre os indivíduos com fibromialgia, o significado em torno da graduação da intensidade da dor não foi ainda explorado nos estudos anteriores. O presente estudo vem demonstrar que a intensidade da dor pode não ser um indicador importante a avaliar nas pessoas com fibromialgia, contrariando as recomendações e questionando o uso de um dos principais *outcomes* presente nos estudos que envolvem indivíduos com fibromialgia (Mease et al., 2009; Häuser et al., 2009; Giannotti et al., 2014; Bourgault et al., 2015; Saral et al., 2016).

A integração dos dados das duas fases, permitiu compreender também que **o indicador mais relevante para a percepção de melhoria parece ser a capacidade de autogestão.** A capacidade de autogestão da doença, mais concretamente dos sintomas e dos obstáculos a que as participantes são desafiadas diariamente para corresponder ao seu contexto familiar e laboral, foi o principal destaque do presente estudo. De acordo com as participantes do presente estudo, a relevância da percepção de autogestão parece sobrepor-se à percepção da intensidade da dor ou do nível de força muscular, utilizados na primeira fase do estudo para avaliar os efeitos do tratamento. Num estudo anterior envolvendo indivíduos com fibromialgia, estes referiram que mais importante que a intensidade da dor por si só, foi a forma como passaram a geri-la e que permitiu que a dor estivesse menos presente e fosse menos incapacitante (Bourgault et al., 2015). O presente estudo reforça a importância de utilizar a capacidade de autogestão como indicador para avaliar a melhoria dos resultados nas pessoas com fibromialgia. Nos estudos anteriores realizados com indivíduos com fibromialgia, a capacidade de autogestão não tem sido um *outcome* usualmente utilizado quando se pretende avaliar o efeito de programas de intervenção



(baseados em exercício e educação) (Häuser et al., 2009; van Koulil et al., 2010; Giannotti et al., 2014; Saral et al., 2016).

A avaliação da autogestão é um aspeto que tem vindo a ser recomendado na área da dor crónica. A investigação tem vindo a sublinhar a importância de avaliar as alterações de comportamentos dos indivíduos, principalmente quando expostos a programas de intervenção que envolvam educação com o intuito de promover a mudança comportamental (Toomey, Currie-Murphy, Matthews, & Hurley, 2015; Mansell, Hall, & Toomey, 2017). Nos poucos estudos existentes que pretenderam avaliar a alteração de comportamentos dos indivíduos com fibromialgia, que participaram em programas de intervenção baseados no exercício e educação, a avaliação da capacidade de autogestão, confunde-se com a utilização de diferentes conceitos, como a avaliação da autoeficácia ou a avaliação das estratégias de *coping* (Häuser et al., 2009; Bourgault et al., 2015). Associado à diversidade de conceitos, têm vindo a ser utilizados diferentes instrumentos, como por exemplo a *Self-efficacy scale* ou a *Pain coping inventory*. Existem formas de avaliar a capacidade de autogestão que parecem ser mais moldáveis às características do indivíduo e à variabilidade dos conteúdos dos programas de intervenção. Por exemplo, entre as pessoas com dor crónica, têm sido utilizados diários ou a entrevista individual para avaliar a alteração de comportamentos (Nicholas et al., 2012; Damush et al., 2016). Caso a opção seja por um formato padronizado, existem as escalas multiconstruto, neste caso a *Health Education Impact Questionnaire* (heiQ), que é um instrumento considerado apropriado para avaliar a capacidade de autogestão e que apresenta as melhores propriedades psicométricas para esse efeito, quando comparado com um conjunto de instrumentos como a *Self-efficacy scale*, a *Pain coping inventory* ou a *Chronic Pain coping inventory* (Banerjee, Hendrick, Bhattacharjee, & Blake, 2018). O heiQ em particular apresenta uma linguagem mais abrangente para poder ser utilizado por pessoas com condições crónicas (Osborne, Elsworth, & Whitfield, 2007). Este poderia ser um formato a utilizar na investigação entre os indivíduos com fibromialgia, porém, o instrumento ainda não se encontra validado para a população portuguesa.

Outra das conclusões que resultou da integração dos dados das duas fases do presente estudo foi a importante necessidade de **incluir a perspetiva pessoal atribuída aos objetivos traçados por cada participante na avaliação dos resultados**. Através do presente estudo foi possível compreender que para avaliar a melhoria dos indivíduos com

fibromialgia é importante que estes consigam corresponder às exigências específicas do seu contexto (social, familiar e laboral) e que consigam alcançar os objetivos previamente traçados, como foi exemplo, conseguirem recorrer menos à toma de medicação para conseguir o alívio dos sintomas.

Garantir a integração da perspetiva dos indivíduos no processo de avaliação dos resultados, é um aspeto referido e recomendado na investigação (Kirwan et al., 2005). No entanto, o FIQ ou o FIQr, questionários comumente utilizados em estudos anteriores em indivíduos com fibromialgia, não conseguem reproduzir o carácter pessoal associado à percepção de melhoria dos indivíduos. No FIQr a forma de avaliar o impacto da fibromialgia na capacidade dos indivíduos, está centrada num conjunto de nove tarefas domésticas e na capacidade para tolerar caminhadas ou longos períodos na posição de sentado. Este instrumento, não consegue filtrar questões associadas ao trabalho ou à influência do contexto social nas tarefas específicas de cada indivíduo. O questionário FIQr parece também não permitir identificar e priorizar objetivos traçados pelos indivíduos que possam ser utilizados para graduar os resultados.

Em estudos anteriores em indivíduos com dor crónica, foram utilizados os objetivos pessoalmente relevantes dos indivíduos, na escala *Goal Attainment Scale* (GAS), para verificar os efeitos de um programa de autogestão para a dor crónica (Fisher & Hardie, 2002; Oliver, Fisher, & Childs, 2017). A GAS é um instrumento que permite graduar os objetivos pessoalmente relevantes dos indivíduos, e o sentido da mudança em relação ao esperado para esses objetivos (Turner-Stokes, 2009). Segundo a recomendação feita por Birnie e colaboradores (2012) a GAS consegue comportar o carácter individual dos objetivos de cada participante, atribuindo-lhe um score total passível de ser comparável entre indivíduos ou grupos em estudo. O carácter individual e flexível deste instrumento de medida, permitiria a mensuração dos aspetos que cada indivíduo com fibromialgia considera importante alcançar, podendo incluir os aspetos relacionados com a capacidade de conseguir corresponder às exigências do contexto. Na população portuguesa, este instrumento está adaptado e concebido para o campo da psicologia (Sotero & Relvas, 2014). A GAS também pode ser utilizada na área da reabilitação e em pessoas com dor crónica, no entanto, a sua aplicação nessa área e na população portuguesa ainda não se encontra presente nos estudos publicados (Turner-Stokes, 2009; Sotero & Relvas, 2014).

Por último, os resultados do presente estudo permitem destacar a **metodologia mista como uma metodologia que proporcionou a integração da perspectiva dos indivíduos na avaliação dos resultados**. A integração dos dados qualitativos nos resultados quantitativos do presente estudo, permitiu verificar divergências e convergir num novo conhecimento. Divergências, por exemplo, pelo facto de a dor poder não ser um indicador importante de melhoria para as pessoas com fibromialgia ou convergência num novo conhecimento ao verificar-se, por exemplo, que poderá ser importante utilizar a autogestão como um indicador de sucesso dos resultados. A integração dos dados do presente estudo direccionou-se para a identificação das necessidades de avaliação de resultados que melhor correspondam à perspectiva dos indivíduos com fibromialgia.

Estudos anteriores referiram a presença de diferenças entre os aspetos que a investigação e os profissionais de saúde têm considerado como pertinentes e necessários para avaliar os resultados e os aspetos que os indivíduos consideram relevantes e prioritários (Heller & Shadick, 2007). A identificação das prioridades de melhoria na saúde em pessoas com patologia crónica reumatológica e a sua integração nas medidas de resultados é recomendada (Kirwan et al., 2005). A investigação tem vindo a fazê-lo, utilizando a perceção dos indivíduos para definir domínios-chave (*core domains*) e estruturar melhores formas de medir a perceção de resultados dos indivíduos (Dworkin et al., 2008; Mease et al., 2009; Boers et al., 2014; Hsiao & Fraenkel, 2017).

A integração promovida pela metodologia mista vem atribuir um valor acrescido à investigação sobre os resultados obtidos com um determinado tratamento, favorecendo: a integração das perspetivas dos indivíduos na interpretação dos resultados, a utilização das experiências dos indivíduos para formular novas formas de avaliar os resultados ou estruturar melhores medidas de resultados reportadas pelos indivíduos (PROMs) (Fetters & Freshwater, 2015; Regnault, Willgoss, Barbic, & SIG, 2018). Entre os indivíduos com dor ou patologia crónica, alguns estudos mistos, apesar de ainda em quantidade reduzida, demonstraram como o conhecimento da perspetiva dos indivíduos se traduz numa melhor interpretação dos resultados e na identificação de aspetos importantes a avaliar no futuro (Evans et al., 2014; Bourgault et al., 2015; Mittoo et al., 2015). Depois do estudo realizado por Bourgault e colaboradores (2015), o presente estudo apresenta-se como um novo contributo, que utilizou a metodologia mista, para aprofundar o significado dos efeitos de um programa de intervenção baseado em exercício e educação para a autogestão da condição, integrando a perspetiva dos seus participantes.

## Limitações e Contributos

Apesar dos resultados obtidos e deste estudo misto ser um primeiro contributo para a compreensão da melhoria dos resultados em pessoas com fibromialgia e para a identificação dos indicadores de melhoria segundo a perspectiva das pessoas com fibromialgia, existem algumas limitações inerente ao tipo de estudo e às respetivas fases quantitativa e qualitativa

Relativamente à fase 1, a natureza descritiva da metodologia utilizada, sem grupo de controlo, com um tamanho reduzido da amostra e as técnicas de amostragem utilizadas impedem que os atuais resultados possam ser extrapolados para toda a população com fibromialgia.

No *programa RehMove*, a vertente do exercício está mais centrada no trabalho de força e de resistência muscular, daí a necessidade de ter sido avaliada a força muscular. Porém o exercício aeróbio também é uma das modalidades de exercício recomendadas e que têm demonstrado efeitos positivos na intensidade da dor e no nível de funcionalidade das pessoas com fibromialgia (Busch, Barber, Overend, Peloso, & Schachter, 2007; Jones & Liptan, 2009; Macfarlane et al., 2017). No entanto, apesar de ainda não ser consensual quais as melhores modalidades e características do treino a realizar em pessoas com fibromialgia, a componente aeróbia poderia ter sido uma componente que enriqueceria as características do *programa RehMove* e cuja inclusão em investigações futuras deverá ser repensada.

Relativamente à fase 2, o estudo apenas mostrou a perspectiva de quem considerou estar melhor (PGIC  $\geq 5$ ) na dor e na função após o *programa RehMove*. Da amostra global do presente estudo, apenas 11 participantes consideraram estar igual ou pior na dor e/ou na função. Foram realizados esforços para a realização de um grupo focal com estas participantes, mas o facto de ser um número reduzido e dos contactos para a realização dos grupos focais terem decorrido durante o Verão (período de férias), dificultou a disponibilidade para formar um grupo focal com essas participantes. A conjugação dos dois grupos, entre as participantes que consideraram estar “Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa” e as que consideraram estar “Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real”, segundo a PGIC, permitiria aprofundar semelhanças e diferenças das suas perspetivas quanto à perceção dos efeitos

de programas de intervenção baseados em exercício e educação e que merecem ser aprofundadas no futuro.

Por último, outra possível limitação ao presente estudo, foi a inexperiência do investigador principal, principalmente na implementação dos grupos focais, no processo de Análise Fenomenológica Interpretativa, e no processo de integração dos dados inerente à metodologia mista. No entanto, para minimizar essa limitação, foi elaborado um registo detalhado do processo de análise de dados (Apêndice VII) que permitiu o acompanhamento e discussão sistemática com um segundo investigador (professor orientador). Um registo que permitiu a auditoria ao processo de análise realizada.

Para os fisioterapeutas, o presente estudo demonstra que mais importante do que avaliarem a intensidade da dor nos indivíduos com fibromialgia, poderá ser a avaliação da capacidade de autogestão e a inclusão da perspetiva dos indivíduos para avaliar os objetivos por estes previamente delineados e as atividades que estes pretendem melhorar para conseguirem corresponder ao contexto social, familiar e social. O presente estudo também reforça a mensagem da importância de os fisioterapeutas manterem uma perspetiva de escuta ativa perante os indivíduos com fibromialgia, e que garantam a adequabilidade da intervenção às suas características individuais.

Para os investigadores, o presente estudo demonstra como a utilização da metodologia mista favorece a integração da perspetiva dos indivíduos. Os resultados do estudo questionam a utilização da dor como indicador para a melhoria dos resultados, mas identificam outros indicadores de melhoria que poderão ser integrados em investigações futuras. No presente estudo sugerem-se instrumentos de medida a utilizar para corresponder aos indicadores de melhoria referidos pelas participantes. Os resultados deste estudo contribuem com informação importante para a construção de medidas de resultados e para o eventual estabelecimento de “*core outcomes*” que se aproximem mais da perspetiva dos indivíduos. O estabelecimento dos indicadores identificados no estudo como “*core outcomes*”, deverá necessariamente passar por um processo de consenso, envolvendo de forma alargada, para além dos próprios indivíduos com fibromialgia, fisioterapeutas, reumatologistas, médicos de família, psicólogos e investigadores (Williamson et al., 2012).

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo reforçam as recomendações, demonstrando que a intervenção baseada no exercício e educação promove melhorias estatisticamente significativas, neste caso, na intensidade da dor, na incapacidade funcional e na força muscular dos indivíduos com fibromialgia. A percepção global de melhoria na dor e na função também demonstraram ser clinicamente relevantes para a maioria das participantes.

O aprofundamento do significado da PGIC, isto é, da percepção de estar melhor segundo a perspectiva das participantes do estudo, permitiu verificar que a intensidade da dor, apesar de consensual e largamente utilizada na investigação, não foi um indicador importante para avaliar a melhoria nos indivíduos com fibromialgia. Ser capaz de controlar os sintomas, de corresponder às exigências do contexto e de tolerar a redução da medicação, foram os principais indicadores de melhoria, segundo a perspectiva dos indivíduos com fibromialgia. O aumento do conhecimento e a alteração de perspectivas relativamente à fibromialgia, o compromisso para com a intervenção, a influência do contexto e a possibilidade da intervenção ser adaptada a cada pessoa, foram os fatores descritos como contribuintes as melhorias percebidas. Para a investigação, o conhecimento mais aprofundado sobre o significado de estar melhor e dos fatores que permitiram essa melhoria poderão ser utilizados como indicadores de sucesso da intervenção.

A utilização da metodologia mista permitiu a integração dos dados quantitativos e qualitativos e identificar indicadores relevantes para a avaliação dos resultados, segundo a percepção dos indivíduos com fibromialgia. Os indivíduos com fibromialgia evidenciaram a capacidade para realizar a autogestão da condição como o principal indicador para monitorizar os resultados e relevaram a incorporação dos seus objetivos pessoais autopropostos como um instrumento para avaliar a melhoria. Instrumentos de medida como o heiQ ou a GAS poderão ajudar a corresponder às necessidades apresentadas e à perspectiva dos indivíduos com fibromialgia relativamente aos resultados. O presente estudo poderá também ser um contributo para a formulação futura de um “*core outcomes set*” para os indivíduos com fibromialgia, que melhor integre as suas perspectivas sobre os resultados.

As conclusões do presente trabalho, tiveram oportunidade de serem apresentadas em congressos e com resumos publicados em revistas e atas de congressos (Apêndice XIV).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM. (2017). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (10 ed.; D. Riebe, J. K. Ehrman, G. Liguori, & M. Magal, Eds.). In (10 ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Banerjee, A., Hendrick, P., Bhattacharjee, P., & Blake, H. (2018). *A systematic review of outcome measures utilised to assess self-management in clinical trials in patients with chronic pain. Patient Education and Counseling, 101*(5), 767–778. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.002>
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). *Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Pain Research and Treatment, 2012*, 426130. <https://doi.org/10.1155/2012/426130>
- Beltrán-Carrillo, V. J., Tortosa-Martínez, J., Jennings, G., & Sánchez, E. S. (2013). *Contributions of a group-based exercise program for coping with fibromyalgia: a qualitative study giving voice to female patients. Women & Health, 53*(6), 612–629. <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.819399>
- Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). *The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. Arthritis Research & Therapy, 11*(4), R120–14. <https://doi.org/10.1186/ar2783>
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., & Oster, G. (2007). *Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. International Journal of Clinical Practice, 61*(9), 1498–1508. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01480.x>
- Birnie, K. A., McGrath, P. J., & Chambers, C. T. (2012). *When does pain matter? Acknowledging the subjectivity of clinical significance. Pain, 153*(12), 2311–2314. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.07.033>
- Boers, M., Kirwan, J. R., Wells, G., Beaton, D., Gossec, L., d'Agostino, M.-A., et al. (2014). *Developing core outcome measurement sets for clinical trials: OMERACT filter 2.0. Journal of Clinical Epidemiology, 67*(7), 745–753. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.11.013>
- Boomershine, C. S. (2012). *A Comprehensive Evaluation of Standardized Assessment Tools in the Diagnosis of Fibromyalgia and in the Assessment of Fibromyalgia Severity. Pain Research and Treatment, 2012*(2), 1–11. <https://doi.org/10.1155/2012/653714>
- Bourgault, P., Lacasse, A., Marchand, S., Courtemanche-Harel, R., Charest, J., Gaumond, I., et al. (2015). *Multicomponent interdisciplinary group intervention for self-management of fibromyalgia: a mixed-methods randomized controlled trial. PloS One, 10*(5), e0126324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126324>
- Branco, J. C. (2010). *State-of-the-art on fibromyalgia mechanism. Acta Reumatologica Portuguesa, 35*(1), 10–15.
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., et al. (2016). *Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. RMD Open, 2*(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>



- Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., & Goicolea, I. (2016). *"I'm not the woman I was": Women's perceptions of the effects of fibromyalgia on private life. Health Care for Women International*, 37(8), 836–854. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1178265>
- Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Wilson, K. G., Dubouloz, C.-J., et al. (2008a). *Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. Physical Therapy*, 88(7), 857–871. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070200>
- Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Wilson, K. G., Dubouloz, C.-J., et al. (2008b). *Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2. Physical Therapy*, 88(7), 873–886. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070115>
- Busch, A. J., Barber, K. A. R., Overend, T. J., Peloso, P. M. J., & Schachter, C. L. (2007). *Exercise for treating fibromyalgia syndrome*. (24(4), CD003786). 24(4), CD003786. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003786.pub2>
- Busch, A. J., Webber, S. C., Brachaniec, M., Bidonde, J., Bello-Haas, V. D., Danyliw, A. D., et al. (2011). *Exercise therapy for fibromyalgia. Current Pain and Headache Reports*, 15(5), 358–367. <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0214-2>
- Caeiro, C., Fernandes, R., & Cruz, E. (2014). *RehMove - Programa de Reabilitação para Indivíduos com Fibromialgia* (C. Caeiro, Ed.). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Carville, S. F., Arendt-Nielsen, L., Arendt-Nielsen, S., Bliddal, H., Blotman, F., Branco, J. C., et al. (2008). *EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Annals of the Rheumatic Diseases*, Vol. 67, pp. 536–541. <https://doi.org/10.1136/ard.2007.071522>
- Clarke, M., & Williamson, P. R. (2016). *Core outcome sets and systematic reviews. Systematic Reviews*, 5(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0188-6>
- Collado, A., Gomez, E., Coscolla, R., Sunyol, R., Solé, E., Rivera, J., et al. (2014). *Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. BMC Health Services Research*, 14, 513. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0513-5>
- Costa, C., Pinto, A. M., Pereira, A. T., Marques, M., Macedo, A., & Pereira da Silva, J. A. (2016). *Psychometric properties of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) - a contribution to the Portuguese validation of the scale. Acta Reumatologica Portuguesa*, 41(3), 240–250.
- Creswell, J. W. (2007a). *Data Collection*. In *Qualitative Inquiry and Research Design* (2nd ed., pp. 117–145). California, USA.
- Creswell, J. W. (2007b). *Five Qualitative Approach to Inquiry*. In *Qualitative Inquiry Research Design* (1st ed., pp. 53–84). California, USA: Sage Publications, Inc.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. Plano (2011a). *Analyzing and Interpreting Data in Mixed Methods Research*. In *Designing And Conducting Mixed Methods Research* (2nd ed., pp. 203–250). SAGE Publications, Inc.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. Plano (2011b). *Choosing a Mixed Method Design*. In *Designing And Conducting Mixed Methods Research* (2nd ed., pp. 53–106). SAGE Publications, Inc.

Damush, T. M., Kroenke, K., Bair, M. J., Wu, J., Tu, W., Krebs, E. E., & Poleshuck, E. (2016). *Pain self-management training increases self-efficacy, self-management behaviours and pain and depression outcomes. European Journal of Pain (London, England)*, 20(7), 1070–1078. <https://doi.org/10.1002/ejp.830>

Dannecker, E. A., Warne-Griggs, M. D., Royse, L. A., & Hoffman, K. G. (2018). *Listening to Patients' Voices: Workarounds Patients Use to Construct Pain Intensity Ratings. Qualitative Health Research*, 1049732318773714. <https://doi.org/10.1177/1049732318773714>

DGS. Norma 017/2016. *Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia.*, (2017).

Domholdt, E. (2005). *Group Designs*. In *Rehabilitation Research* (3rd ed., pp. 123–134).

Domingues, L., & Cruz, E. (2011). *Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala Patient Global Impression of Change. Ifisionline*, 2(1), 31–37.

Dubouloz, C.-J., King, J., Ashe, B., Paterson, B., Chevrier, J., & Moldoveanu, M. (2010). *The process of transformation in rehabilitation: what does it look like? International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(11), 604–615. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.11.79541>

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., et al. (2008). *Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations*. 9(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>

Evans, R., Bronfort, G., Maiers, M., Schulz, C., & Hartvigsen, J. (2014). *“I know it’s changed”: a mixed-methods study of the meaning of Global Perceived Effect in chronic neck pain patients. European Spine Journal*, 23(4), 888–897. <https://doi.org/10.1007/s00586-013-3149-y>

Farrar, J. T., Young, J. P., LaMoreaux, L., Werth, J. L., & Poole, R. M. (2001). *Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain*, 94(2), 149–158.

Ferrari, R., & Russell, A. S. (2013). *A questionnaire using the modified 2010 American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: specificity and sensitivity in clinical practice. The Journal of Rheumatology*, 40(9), 1590–1595. <https://doi.org/10.3899/jrheum.130367>

Ferraz, M. B., Quaresma, M. R., Aquino, L. R., Atrá, E., Tugwell, P., & Goldsmith, C. H. (1990). *Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology*, 17(8), 1022–1024.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). *Validity of four pain intensity rating scales. Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>

Fetters, M. D., & Freshwater, D. (2015). *The 1 = 3 Integration Challenge. Journal of Mixed Methods Research*, 9(2), 115–117. <https://doi.org/10.1177/1558689815581222>

Fisher, K., & Hardie, R. J. (2002). *Goal attainment scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme. Clinical Rehabilitation*, 16(8), 871–877. <https://doi.org/10.1191/0269215502cr554oa>

Flick, U. (2006). *Focus Groups*. In *An Introduction to Qualitative Research* (3rd ed., pp. 189–203). United Kingdom : SAGE Publications Ltd.

Geisser, M. E., Clauw, D. J., Strand, V., Gendreau, R. M., Palmer, R., & Williams, D. A. (2010). *Contributions of change in clinical status parameters to Patient Global Impression of Change*

(PGIC) scores among persons with fibromyalgia treated with milnacipran. *Pain*, 149(2), 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.02.043>

Giannotti, E., Koutsikos, K., Pigatto, M., Rampudda, M. E., Doria, A., & Masiero, S. (2014). *Medium-/long-term effects of a specific exercise protocol combined with patient education on spine mobility, chronic fatigue, pain, aerobic fitness and level of disability in fibromyalgia*. *BioMed Research International*, 2014(2), 474029–474029. <https://doi.org/10.1155/2014/474029>

Glasgow, A., Stone, T. M., & Kingsley, J. D. (2017). *Resistance Exercise Training on Disease Impact, Pain Catastrophizing and Autonomic Modulation in Women with Fibromyalgia*. *International Journal of Exercise Science*, 10(8), 1184–1195.

Goldenberg, D. L., Burckhardt, C., & Crofford, L. (2004). *Management of fibromyalgia syndrome*. *Jama*, Vol. 292, pp. 2388–2395. <https://doi.org/10.1001/jama.292.19.2388>

Grape, H. E., Solbrække, K. N., Kirkevold, M., & Mengshoel, A. M. (2015). *Staying healthy from fibromyalgia is ongoing hard work*. *Qualitative Health Research*, 25(5), 679–688. <https://doi.org/10.1177/1049732314557333>

Green, J. (2007). *The Use of Focus Groups in Research into Health*. In *Researching Health* (1st ed., pp. 112–132). London.

Hallberg, L. R. M., & Bergman, S. (2011). *Minimizing the dysfunctional interplay between activity and recovery: A grounded theory on living with fibromyalgia*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(2). <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.7057>

Hammond, A., & Freeman, K. (2006). *Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial*. *Clinical Rehabilitation*, 20(10), 835–846. <https://doi.org/10.1177/0269215506072173>

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). *Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)*. *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11, S240–S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>

Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M., & Schiltenswolf, M. (2009). *Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials*. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 216–224. <https://doi.org/10.1002/art.24276>

Hävermark, A.-M., & Langius-Eklöf, A. (2006). *Long-term follow up of a physical therapy programme for patients with fibromyalgia syndrome*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 315–322. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00410.x>

Heller, J. E., & Shadick, N. A. (2007). *Outcomes in rheumatoid arthritis: incorporating the patient perspective*. *Current Opinion in Rheumatology*, 19(2), 101–105. <https://doi.org/10.1097/BOR.0b013e32802bf79d>

Henry, D. E., Chiodo, A. E., & Yang, W. (2011). *Central nervous system reorganization in a variety of chronic pain states: a review*. *PM & R : the Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 3(12), 1116–1125. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.05.018>

Hsiao, B., & Fraenkel, L. (2017). *Incorporating the patient's perspective in outcomes research*. *Current Opinion in Rheumatology*, 29(2), 144–149. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000372>

Hurst, H., & Bolton, J. (2004). *Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27(1), 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.11.003>

Jones, K. D., & Clark, S. R. (2002). *Individualizing the exercise prescription for persons with fibromyalgia. Rheumatic Disease Clinics of NA*, 28(2), 419–36–x–xi.

Jones, K. D., & Liptan, G. L. (2009). *Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 35(2), 373–391. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.05.004>

Juuso, P., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2013). *Meanings of feeling well for women with fibromyalgia. Health Care for Women International*, 34(8), 694–706. <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.736573>

King, S. J., Wessel, J., Bhambhani, Y., Sholter, D., & Maksymowych, W. (2002). *The effects of exercise and education, individually or combined, in women with fibromyalgia. The Journal of Rheumatology*, 29(12), 2620–2627.

Kirwan, J. R., Hewlett, S. E., Heiberg, T., Hughes, R. A., Carr, M., Hehir, M., et al. (2005). *Incorporating the patient perspective into outcome assessment in rheumatoid arthritis--progress at OMERACT 7*. 32(11), 2250–2256.

Kirwan, J. R., Newman, S., Tugwell, P. S., & Wells, G. A. (2009). *Patient perspective on outcomes in rheumatology -- a position paper for OMERACT 9*. 36(9), 2067–2070. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090359>

Knight, T., Schaefer, C., Chandran, Zlateva, G., Winkelmann, & Perrot. (2013). *Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 171–10. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S41111>

Kyte, D. G., Calvert, M., van der Wees, P. J., Hove, ten, R., Tolan, S., & Hill, J. C. (2015). *An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. Physiotherapy*, 101(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.11.003>

Lacasse, A., Bourgault, P., & Choinière, M. (2016). *Fibromyalgia-related costs and loss of productivity: a substantial societal burden. BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1027-6>

Lasch, K. E., Marquis, P., Vigneux, M., Abetz, L., Arnould, B., Bayliss, M., et al. (2010). *PRO development: rigorous qualitative research as the crucial foundation. Quality of Life Research*, 19(8), 1087–1096. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9677-6>

Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). *Impact of psychological factors in the experience of pain. Physical Therapy*, 91(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>

Littlejohn, G., & Guymier, E. (2018). *Neurogenic inflammation in fibromyalgia. Seminars in Immunopathology*, 40(3), 291–300. <https://doi.org/10.1007/s00281-018-0672-2>

Lloyd, H., Jenkinson, C., Hadi, M., Gibbons, E., & Fitzpatrick, R. (2014). *Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-5>

Lofgren, M., Ekholm, J., & Öhman, A. (2006). *“A constant struggle”: successful strategies of women in work despite fibromyalgia. Disability and Rehabilitation*, 28(7), 447–455. <https://doi.org/10.1080/09638280500197891>

- Lorig, K. (2003). *Self-management education: more than a nice extra*. *Medical Care*, 41(6), 699–701. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000072811.54551.38>
- Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E. J., & Diener, I. (2016). *The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature*. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 332–355. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., et al. (2017). *EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia*. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Mannerkorpi, K., Nordeman, L., Ericsson, A., Arndorw, M., GAU Study Group. (2009). *Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: a randomized controlled trial and subgroup analyses*. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(9), 751–760. <https://doi.org/10.2340/16501977-0409>
- Mansell, G., Hall, A., & Toomey, E. (2017). *Behaviour change and self-management interventions in persistent low back pain*. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.07.004>
- Marcus, D. A., & Deodhar, A. (2010). *Fibromyalgia Definition and Epidemiology*. In *Fibromyalgia* (pp. 9–21). [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1609-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1609-9_2)
- Marôco, J. (2014). **Análise Estatística** (6 ed.). In (6 ed.). Report Number.
- Mathias, B., Parry-Jones, B., & Huws, J. C. (2014). *Individual experiences of an acceptance-based pain management programme: an interpretative phenomenological analysis*. (29(3), 279–296). 29(3), 279–296. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.845667>
- May, S. (2007). *Patients' attitudes and beliefs about back pain and its management after physiotherapy for low back pain*. *Physiotherapy Research International : the Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*, 12(3), 126–135. <https://doi.org/10.1002/pri.367>
- McBeth, J., Prescott, G., Scotland, G., Lovell, K., Keeley, P., Hannaford, P., et al. (2012). *Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain*. *Archives of Internal Medicine*, 172(1), 48–57. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.555>
- Mease, P. J., Clauw, D. J., Christensen, R., Crofford, L. J., Gendreau, R. M., Martin, S. A., et al. (2011). *Toward development of a fibromyalgia responder index and disease activity score: OMERACT module update*. 38(7), 1487–1495. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110277>
- Mease, P., Arnold, L. M., Choy, E. H., Clauw, D. J., Crofford, L. J., Glass, J. M., et al. (2009). *Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct*. 36(10), 2318–2329. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090367>
- Mengshoel, A. M., & Grape, H. E. (2017). *Rethinking physiotherapy for patients with fibromyalgia - lessons learnt from qualitative studies*. *Physical Therapy Reviews*, 22(5-6), 254–259. <https://doi.org/10.1080/10833196.2017.1377975>
- Mengshoel, A. M., & Heggen, K. (2004). *Recovery from fibromyalgia - previous patients' own experiences*. *Disability and Rehabilitation*, 26(1), 46–53. <https://doi.org/10.1080/09638280410001645085>
- Mittoo, S., Frankel, S., LeSage, D., Strand, V., Shah, A. A., Christopher-Stine, L., et al. (2015). *Patient Perspectives in OMERACT Provide an Anchor for Future Metric Development and Improved Approaches to Healthcare Delivery in Connective Tissue Disease Related Interstitial*

Lung Disease (CTD-ILD). *Current Respiratory Medicine Reviews*, 11(2), 175–183. <https://doi.org/10.2174/1573398X11666150619182624>

Munguía-Izquierdo, D., & Legaz-Arrese, A. (2012). *Reliability and validity of a low load endurance strength test for upper and lower extremities in patients with fibromyalgia*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(11), 2035–2041. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.02.007>

Nelson, N. L. (2015). *Muscle strengthening activities and fibromyalgia: a review of pain and strength outcomes*. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19(2), 370–376. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.08.007>

Nicholas, M. K., Asghari, A., Corbett, M., Smeets, R. J. E. M., Wood, B. M., Overton, S., et al. (2012). *Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain?* *European Journal of Pain (London, England)*, 16(1), 93–104. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.005>

Oliver, S., Fisher, K., & Childs, S. (2017). *What psychological and physical changes predict patients' attainment of personally meaningful goals six months following a CBT based pain management intervention?* *Disability and Rehabilitation*, 39(22), 2308–2314. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1226415>

Osborne, R. H., Elsworth, G. R., & Whitfield, K. (2007). *The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions*. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.002>

Ostensen, M., Rugelsj en, A., & Wigers, S. H. (1997). *The effect of reproductive events and alterations of sex hormone levels on the symptoms of fibromyalgia*. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 26(5), 355–360.

Payne, R. A. (2005). *Relaxation Techniques* E-Book. Elsevier Health Sciences.

Pires, D., Costa, D., Martins, I. D., & Cruz, E. B. (2018). *Tailoring pain neuroscience education and exercise programme for people with fibromyalgia who also have cognitive deficits: a case series*. *European Journal of Physiotherapy*, 20(3), 159–165. <https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1429492>

Regnault, A., Willgoss, T. & Barbic, S., & SIG. (2018). *Towards the use of mixed methods inquiry as best practice in health outcomes research*. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2(1), 19.

Robinson-Papp, J., George, M. C., Dorfman, D., & Simpson, D. M. (2015). *Barriers to Chronic Pain Measurement: A Qualitative Study of Patient Perspectives*. *Pain Medicine*, 16(7), 1256–1264. <https://doi.org/10.1111/pme.12717>

Rooks, D. S., Gautam, S., Romeling, M., Cross, M. L., Stratigakis, D., Evans, B., et al. (2007). *Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial*. *Archives of Internal Medicine*, 167(20), 2192–2200. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.20.2192>

Russell, D., Álvarez Gallardo, I. C., Wilson, I., Hughes, C. M., Davison, G. W., Sa udo, B., & McVeigh, J. G. (2018). *“Exercise to me is a scary word”: perceptions of fatigue, sleep dysfunction, and exercise in people with fibromyalgia syndrome-a focus group study*. *Rheumatology International*, 38(3), 507–515. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-3932-5>

Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., & Peltokallio, L. (2011). *Finally heard, believed and accepted - Peer support in the narratives of women with fibromyalgia* (85(2), e126–e130). 85(2), e126–e130. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.011>

Saral, I., Sindel, D., Esmaeilzadeh, S., Sertel-Berk, H. O., & Oral, A. (2016). *The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial*. *Rheumatology International*, 36(10), 1379–1389. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3473-8>

Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). *Patients' impression of change following treatment for chronic pain: global, specific, a single dimension, or many? The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 16(6), 518–526. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.02.007>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009a). *Collecting Data*. In *Interpretative Phenomenological Analysis* (1st ed.).

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009b). *Analysis*. In *Interpretative Phenomenological Analysis* (pp. 79–107). SAGE Publications Ltd.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009c). *Assessing Validity*. In *Interpretative Phenomenological Analysis* (1st ed.).

Sotero, L., & Relvas, A. P. (2014). *Escala de objetivos atingidos (GAS)*. In *Avaliação familiar: funcionamento e intervenção vol. 1* (pp. 177–200). [https://doi.org/10.14195/978-989-26-0839-6\\_7](https://doi.org/10.14195/978-989-26-0839-6_7)

Surendran, S., & Mithun, C. B. (2018). *FRI0647 Estimation of minimum clinically important difference in fibromyalgia for fiqr using bpi as the anchor measure*. <https://doi.org/10.1002/acr.20531>

Thomas, E. N., & Blotman, F. (2010). *Aerobic exercise in fibromyalgia: a practical review*. *Rheumatology International*, 30(9), 1143–1150. <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1369-6>

Toomey, E., Currie-Murphy, L., Matthews, J., & Hurley, D. A. (2015). *The effectiveness of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management for people with osteoarthritis and chronic low back pain: a rapid review part I*. *Manual Therapy*, 20(2), 265–286. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.013>

Turner-Stokes, L. (2009). *Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide*. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 362–370. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>

van Koulil, S., Effting, M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., van Helmond, T., Cats, H., et al. (2007). *Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions*. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(5), 571–581.

van Koulil, S., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., van Riel, P. L. C. M., & Evers, A. W. M. (2009). *A patient's perspective on multidisciplinary treatment gain for fibromyalgia: An indicator for pre-post treatment effects? Arthritis & Rheumatism*, 61(12), 1626–1632. <https://doi.org/10.1002/art.24792>

van Koulil, S., van Lankveld, W., Kraaimaat, F. W., van Helmond, T., Vedder, A., van Hoorn, H., et al. (2010). *Tailored cognitive-behavioral therapy and exercise training for high-risk patients with fibromyalgia*. *Arthritis Care & Research*, 62(10), 1377–1385. <https://doi.org/10.1002/acr.20268>

Wentz, K. A., Lindberg, C., & Hallberg, L. R. M. (2012). *On parole: The natural history of recovery from fibromyalgia in women: A grounded theory study*. *Journal of Pain Management*, 2(5), 177–194.

Williamson, P. R., Altman, D. G., Blazeby, J. M., Clarke, M., Devane, D., Gargon, E., & Tugwell, P. (2012). *Developing core outcome sets for clinical trials: issues to consider*. *Trials*, 13(1), 132. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-132>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). *The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity*. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Wuytack, F., & Miller, P. (2011). *The lived experience of fibromyalgia in female patients, a phenomenological study*. *Chiropractic & Manual Therapies*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/2045-709X-19-22>

Zijlstra, T. R., van de Laar, M. A. F. J., Bernelot Moens, H. J., Taal, E., Zakraoui, L., & Rasker, J. J. (2005). *Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life*. *Rheumatology (Oxford, England)*, 44(4), 539–546. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh537>



## APÊNDICES

Apêndice I.	Caderno Caderno de Recrutamento .....	64
Apêndice II.	Convite e Consentimento da Fase 1 .....	65
Apêndice III.	Caderno de Instrumentos .....	66
Apêndice IV.	Convite e Consentimento da Fase 2 .....	67
Apêndice V.	Guião de entrevista dos grupos focais.....	68
Apêndice VI.	Manual de Recrutamento e Implementação dos Grupos Focais .....	69
Apêndice VII.	Descrição do Processo de Análise dos Grupos Focais.....	70
Apêndice VIII.	Output SPSS Statistics. Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	71
Apêndice IX.	Output SPSS Statistics. Testes da Normalidade das variáveis.....	72
Apêndice X.	<i>Output SPSS Statistics</i> – Intensidade da dor .....	73
Apêndice XI.	<i>Output SPSS Statistics</i> – Incapacidade Funcional.....	74
Apêndice XII.	<i>Output SPSS Statistics</i> – Força Muscular dos membros superiores e inferiores 75	
Apêndice XIII.	<i>Output SPSS Statistics</i> – Perceção Global de Melhoria.....	76
Apêndice XIV.	Disseminação do trabalho de investigação .....	77

## **Apêndice I. Caderno Caderno de Recrutamento**



**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA INDIVÍDUOS COM  
FIBROMIALGIA**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS NO  
PROGRAMA**

**CADERNO DE RECRUTAMENTO**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**



**NOME:** \_\_\_\_\_

**CÓDIGO ATRIBUIDO:** \_\_\_\_\_

Nesta primeira avaliação pretende-se perceber se a (o) Sra. xxxxx poderá vir a beneficiar do programa. Por isso, para que a (o) possamos conhecer um pouco melhor, é importante que comece por nos contar um pouco da sua história relacionada com a Fibromialgia.

Alguns pontos a questionar:

1. Qual a sua idade?
2. Há quanto tempo tem Fibromialgia?
3. Qual o impacto desta condição na sua vida?
4. Como tem lidado com a sua dor?
5. Em que é que a dor afeta o seu dia-a-dia?
6. Como reage quando tem dor?

## Critérios de Inclusão:

Critérios de Diagnóstico de Fibromialgia (American College of Rheumatology, 2011)

Um utente cumpre os requisitos para diagnóstico de fibromialgia de acordo com os critérios modificados em 2010 pela American College of Rheumatology, se apresentar as três condições seguintes:

- (1) Widespread Pain Index  $\geq 7$  e Symptom Severity Score  $\geq 5$  ou Widespread Pain Index entre 3–6 e Symptom Severity Score  $\geq 9$ ;
- (2) Os sintomas estão presentes num nível similar durante pelo menos 3 meses;
- (3) O utente não apresenta outra disfunção que possa explicar a dor.

**1) Widespread Pain Index (WPI):** Assinale o número de áreas nas quais o utente referiu dor durante a última semana. Em quantas áreas teve dor? O score poderá variar entre 0 e 19.

Ombro, Esquerdo	Ante-braço, Direito	Perna, Esquerda	Abdómen
Ombro, Direito	Anca esquerda	Perna, Direita	Coluna Cervical/Dorsal
Braço, Esquerdo	Anca direita	Maxilar, Esquerdo.	Coluna Lombar
Braço, Direito	Coxa, Esquerda	Maxilar, Direito.	Pescoço
Ante-braço, Esquerdo	Coxa, Direita	Peito	

## 2) Symptom Severity Score:

Fadiga	0..... 1..... 2..... 3
Sono não reparador	0..... 1..... 2..... 3
Sintomas cognitivos	0..... 1..... 2..... 3

Para cada um dos 3 sintomas, indique o nível de severidade sentido na última semana, utilizando a seguinte escala:

0 = Sem problema;

1 = Problema ligeiros ou moderados; geralmente moderado ou intermitente;

2 = Moderado; problemas consideráveis; presentes frequentemente e/ou a um nível moderado;

3 = Severo: penetrante, contínuo, com grande impacto na vida diária

Sintomas Somaticos, presentça nos últimos 6 meses de:

Dor de cabeça ☐

Dor e câibras no abdómen ☐

Depressão ☐

O score desta última é calculado através da soma da severidade dos 3 sintomas (fadiga, sono não reparador e sintomas cognitivos) adicionando a somado número dos seguintes sintomas ocorridos nos 6 meses prévios: dor de cabeça, dor e câibras no abdómen e depressão. O score final varia entre 0 e 12.

**SCORE:** \_\_\_\_\_

## Critérios de Exclusão

Vamos agora fazer algumas questões mais específicas para perceber se o programa é indicado para a si.

Presença de outros sintomas ou patologias. História clínica anterior e actual. <ul style="list-style-type: none"><li>• sintomas compressão radicular, cauda equina,</li><li>• doença sistémica e/ou infecciosa (presença brucelose, tuberculose, HIV...)</li><li>• dor de origem visceral/maligna (presença de doença oncológica, renal, pulmonar... com reprodução de dor associada)</li><li>• fratura ou risco de fratura associado à osteoporose (presença de osteoporose grave e fatores de risco major para osteoporose, a si associados)</li></ul>	
Outras condições clínicas que impeçam a realização de exercício físico (patologia cardíaca e/ ou respiratória impeditiva para a prática de exercício físico, nomeadamente angina em situação instável, arritmia cardíaca não controlada ou estenose severa da aorta ( <u>Aplicação do questionário de Avaliação pré –exercício</u> ))	
Realização de cirurgia e/ou fisioterapia e/ou tratamento conservador por sintomas associados à fibromialgia nos últimos 3 meses	
Gravidez	
Dificuldade/incapacidade para compreender a língua Portuguesa (ler, escrever)	

Se cumpridos os critérios:

**Preencher questionário de avaliação pré-exercício físico**

**Lêr carta-convite**

**Lêr e Assinar declaração de consentimento informado**



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-EXERCÍCIO FÍSICO

**Avalie o seu estatuto de saúde assinalando com uma cruz as frases que correspondem à sua condição.**

**Nome:** \_\_\_\_\_

### **História :**

- ☐ Já sofreu enfarte do miocárdio
- ☐ Já foi submetido/a a cirurgia cardíaca
- ☐ Já foi submetido/a a cateterização cardíaca
- ☐ Já foi submetido/a a angioplastia coronária
- ☐ Já lhe foi implantado um pacemaker
- ☐ Sofre ou já sofreu de distúrbio de ritmo cardíaco
- ☐ Sofre de doença cardíaca valvular
- ☐ Sofre de insuficiência cardíaca
- ☐ Já foi submetido/a a transplante cardíaco
- ☐ Sofre de doença cardíaca congénita

### **Sintomas**

- ☐ Já sentiu desconforto no peito com o esforço
- ☐ Já sentiu descontrolo respiratório
- ☐ Já sentiu tonturas, desmaios, ausências
- ☐ Toma medicamentos para o coração

### **Outras condições clínicas**

- ☐ Tem diabetes
- ☐ Tem asma ou outra doença pulmonar
- ☐ Sente câibras, contracturas ou dores nas pernas quando anda pequenas distâncias
- ☐ Tem problemas musculo-esqueléticos que limitam a sua actividade física
- ☐ Tem dúvidas sobre a segurança da prática do exercício físico
- ☐ Toma alguma medicação

Se assinalou alguma das questões colocadas nesta secção consulte o seu médico antes de começar o seu programa de exercício físico. Pode ser necessário ter um enquadramento com técnicos de saúde especializados.

## **Apêndice II. Convite e Consentimento da Fase 1**



## **Carta-Convite**

*Perspetiva dos utentes com fibromialgia acerca dos resultados de um programa multimodal -  
Estudo por Métodos Mistos*

João Parreira, Carmen Caeiro e Eduardo Cruz (2017)

**Caro(a) Senhor(a),**

O meu nome é João Parreira, sou responsável pelo estudo “Perspetiva dos utentes com fibromialgia acerca dos resultados de um programa multimodal - Estudo por Métodos Mistos” desenvolvido no âmbito do projeto de investigação do curso de Mestrado em Fisioterapia– Condições Músculo-esqueléticas, leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Este estudo tem como principal objetivo verificar os resultados de um programa multimodal em pessoas com fibromialgia. Por um lado, numa primeira fase, o estudo pretende verificar os efeitos desse programa na dor, função, força muscular e perceção global de mudança. Por outro, numa segunda fase, compreender a perspetiva dos participantes neste programa sobre os efeitos percecionados alcançados. A informação obtida com este estudo permitirá no futuro melhorar a forma como estes programas são desenhados, implementados e avaliados.

Neste sentido, vínhamos por este meio convidá-lo a participar na primeira do estudo e a integrar o programa multimodal Rehmove®. Este é um programa de intervenção que inclui educação e exercício, construído pelo Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, baseado na melhor evidência e nas recomendações de tratamento para utentes com dor crónica, como é a fibromialgia.

O programa tem uma duração total de 8 semanas, estando o seu formato repartido entre 9 sessões de educação e 24 sessões de exercício. Este não é invasivo, não envolve fármacos ou outras substâncias e não pretendem pôr em risco o normal funcionamento do seu corpo e do seu

organismo. O programa RehMove® requer disponibilidade para estar presente nas sessões de exercício e educação, cada qual com duração entre 60 a 90 minutos, 3 vezes por semana ao longo das 8 semanas.

Tanto no início, a meio e no final do programa (4ª e 8ª semanas) será solicitado o preenchimento de alguns questionários e instrumentos de medida sobre temas importantes para o estudo (como os sintomas de dor, a função, e a força muscular, para além dos dados pessoais/clínicos). Todas as informações recolhidas ao longo do programa de intervenção serão tratadas de forma anónima, preservando a sua confidencialidade.

A decisão de participar ou não no estudo é totalmente voluntária. Caso aceite participar no estudo poderá desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação.

Esta investigação poderá proporcionar aos participantes ser-lhes atribuído uma intervenção gratuita. Uma intervenção, que tem demonstrado resultados eficazes na melhoria dos sintomas. A sua participação é também um contributo para ajudar a melhorar os cuidados prestados no futuro a outros indivíduos com a mesma condição de saúde.

Não é expectável que a intervenção causa qualquer tipo de dano na condição de saúde de quem participa. Apesar da evidência referir bons resultados nestes programas de intervenção, a sua eficácia não é igual para todos, por isso, haverá sempre a possibilidade de não melhorar de forma significativa com este tratamento.

Se surgir alguma questão acerca do estudo por favor contacte o fisioterapeuta João Parreira através do email [joao.parreira@estudantes.ips.pt](mailto:joao.parreira@estudantes.ips.pt)

Caso aceite participar no estudo agradecia que comunicasse a decisão para o email [joao.parreira@estudantes.ips.pt](mailto:joao.parreira@estudantes.ips.pt)

Gratos pela vossa atenção.

Com os Melhores Cumprimentos,

---

João Parreira

Carmen Caeiro

Eduardo Cruz



## **Declaração de Consentimento Informado**

**Título do Projeto:** “Perspetiva dos utentes com fibromialgia acerca dos resultados de um programa multimodal – Estudo por Métodos Mistos”

**Investigador Principal/ Responsável pelo Projeto:** Fisioterapeuta João Parreira

**Orientadores Científicos:** Professora Doutora Carmen Caeiro e Professor Doutor Eduardo Cruz

Declaro que aceito participar na primeira fase do estudo, que surge no âmbito do projeto de investigação do curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, e que pretende investigar os efeitos do programa RehMove® na dor, função, fadiga, força muscular e perceção global de mudança, de pessoas com fibromialgia.

Compreendi que a minha seleção para participar neste estudo teve por base numa primeira fase a minha inscrição, sendo respeitada a ordem de realização da mesma. Numa segunda fase, teve por base a presença de dois critérios previamente definidos, nomeadamente a presença de diagnóstico de fibromialgia e idade compreendida entre os 18 e 65 anos, bem como a exclusão de critérios que representam contra-indicações à realização da intervenção em estudo (exemplo: gravidez, patologia cardíaca não controlada).

Foi-me explicado de forma satisfatória o propósito deste estudo, a sua duração de 8 semanas e a necessidade de estar presente nas suas sessões, com duração aproximada entre 60 a 90 minutos, 3 vezes por semana.

Compreendi o carácter não invasivo da intervenção, bem como a ausência de fármacos ou outras substâncias. Compreendi que a minha participação é voluntária e que não foram identificados riscos associados à participação neste programa.

Foram-me explicados todos os procedimentos e esclarecidas todas as minhas questões de forma satisfatória. Li e compreendi a carta-convite e todos os procedimentos do estudo.

Estou consciente que irei participar neste programa de intervenção na qual darei respostas acerca da minha dor, função, nível de força muscular e da minha percepção pessoal de melhoria face à intervenção. Estou consciente de que toda a minha informação será mantida anónima e confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação.

Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandona-lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **Apêndice III. Caderno de Instrumentos**



# PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA

## CADERNO DE INSTRUMENTOS

Eduardo Cruz | Rita Fernandes | Carmen Caeiro

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



## Protocolo de recolha de dados

Este protocolo destina-se aos participantes no programa que:

- cumpriram todos os critérios de inclusão;
- aceitaram participar no programa e assinaram o consentimento informado e o termo de responsabilidade.

A sua participação no programa implica o preenchimento dos instrumentos em cinco momentos distintos nos quais deve:

- Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;
- Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;
- Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.

### AVALIAÇÃO – MOMENTO 1 (Início do programa)

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos neste primeiro momento é de 20 minutos. Solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, na ordem indicada:

1. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA
2. ESCALA NUMÉRICA DA DOR
3. REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE – VERSÃO PORTUGUESA
4. TESTE DE RESISTÊNCIA DOS MEMBROS SUPERIORES
5. TESTE DE RESISTÊNCIA DOS MEMBROS INFERIORES

### AVALIAÇÃO – MOMENTO 2 (4 semanas após o início do programa)

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos neste segundo momento é de 6 minutos. Solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, na ordem indicada:

1. ESCALA NUMÉRICA DA DOR
2. REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE – VERSÃO PORTUGUESA
3. ESCALA DE PERCEÇÃO GLOBAL DE MUDANÇA

### AVALIAÇÃO – MOMENTO 3 (8 semanas após o início do programa)

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos neste terceiro momento é de 20 minutos. Solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, na ordem indicada:

1. ESCALA NUMÉRICA DA DOR
2. REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE – VERSÃO PORTUGUESA
3. ESCALA DE PERCEÇÃO GLOBAL DE MUDANÇA
4. TESTE DE RESISTÊNCIA DOS MEMBROS SUPERIORES
5. TESTE DE RESISTÊNCIA DOS MEMBROS INFERIORES

CÓDIGO DO UTENTE \_\_\_\_\_

## MOMENTO DE AVALIAÇÃO 1

(T0)

(Após verificação dos critérios de inclusão e assinatura do consentimento informado e termo de responsabilidade).

Seguir a ordem indicada

Tempo de preenchimento previsto para este momento de avaliação: **20 minutos**

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica  
(inclui a escala numérica da dor)
2. Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Versão Portuguesa
3. Teste de resistência da força dos membros superiores
4. Teste de resistência da força dos membros inferiores

CÓDIGO DO UTENTE \_\_\_\_\_

## MOMENTO DE AVALIAÇÃO 2

(T1)

(4 semanas após o início do programa)

Tempo de preenchimento previsto para este momento de avaliação: **6 minutos**

Seguir a ordem indicada

1. Escala Numérica da Dor
2. Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Versão Portuguesa
3. Patient Global Impression Scale

CÓDIGO DO UTENTE \_\_\_\_\_

## MOMENTO DE AVALIAÇÃO 3

(T2)

(8 semanas após o início do programa)

Tempo de preenchimento previsto para este momento de avaliação: 20 minutos

Seguir a ordem indicada

1. Escala Numérica da Dor
2. Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Versão Portuguesa
3. Patient Global Impression Change Scale – Versão Portuguesa
4. Teste de resistência da força dos membros superiores
5. Teste de resistência da força dos membros inferiores



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo responsável do estudo): \_\_\_\_\_

Data do preenchimento do questionário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: M ☐ F ☐ 3. Peso (Kg): \_\_\_\_\_ 4. Altura (cm): \_\_\_\_\_

5. Qual o seu estado civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteira(o) ☐ Casada(o) ☐ União de Facto ☐ Divorciada(o) ☐ Viúva(o) ☐

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino Primário ☐ Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário ou equivalente incompleto (12º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) ☐ Ensino Superior incompleto (Politécnico ou Universitário) ☐ Ensino Superior completo (Politécnico ou Universitário) ☐

7. Qual a sua atividade profissional/ profissão? \_\_\_\_\_

8. Qual a sua situação profissional atual? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar a tempo inteiro ☐ A trabalhar a tempo parcial ☐ Incapaz de trabalhar devido ao seu problema ☐ Desempregada(o) ☐ Reformada(o) ☐ Doméstica(o) ☐

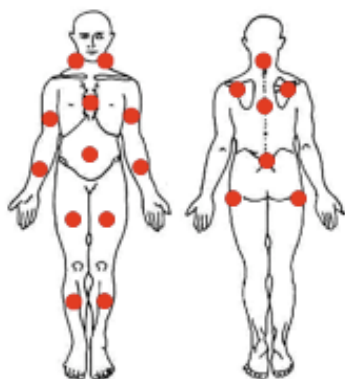
DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem Fibromialgia? (escolha uma das seguintes opções)

Não sei ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 12 a 24 meses ☐ Mais de 24 meses ☐

10. Actualmente toma alguma medicação para a fibromialgia? Sim ☐ Não ☐

11. De acordo com o esquema a baixo apresentado, assinale com um círculo o(s) ponto(s) do corpo em que sentiu dor na última semana



● Legenda: Pontos corporais

12. Assinale com um "X" o número que melhor classifica a intensidade atual da sua dor, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

13. No último ano faltou ao trabalho devido à fibromialgia? Sim ☐ Não ☐
- 13.1 Se sim, quantas vezes? 1 Vez ☐ 2 Vezes ☐ 3 Vezes ☐ Mais de 3 vezes ☐
- 13.2 Durante quanto tempo? 1 a 2 dias ☐ 3 a 4 dias ☐ 1 Semana ☐ Mais de uma semana ☐
14. No último ano esteve de baixa remunerada devido à fibromialgia (estado, seguros, empregador, etc)? Sim ☐ Não ☐

### EXPECTATIVAS COM O TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA

15. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a sua dor (coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião):

1	2	3	4	5
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Desapareça

16. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a sua fadiga (coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião):

1	2	3	4	5
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Desapareça

17. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a sua capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia (coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião):

1	2	3	4	5
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Recupere totalmente

## REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE – VERSÃO PORTUGUESA

Instruções: Para cada uma das nove questões que se seguem, selecione a opção que melhor descreve em que medida a sua fibromialgia dificultou a realização de cada uma das atividades que se seguem, durante os últimos 7 dias. Se não realizou alguma das atividades indicadas nos últimos 7 dias, classifique o grau de dificuldade sentido a última vez que realizou essa atividade. Se não consegue realizar alguma das atividades selecione a última opção.

1. Pentear ou escovar o seu cabelo	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
2. Andar 20 minutos seguidos	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
3. Preparar uma refeição caseira	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
4. Aspirar, esfregar ou varrer o chão	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
5. Levantar e carregar um saco cheio de compras	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
6. Subir um lance de escadas	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
7. Mudar os lençóis da cama	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
8. Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade
9. Ir às compras	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade

Sub-Total (Apenas para uso interno)

☐

Instruções: Para cada uma das duas questões que se seguem, selecione a opção que melhor descreve o impacto da sua fibromialgia ao longo dos últimos 7 dias:

10. A fibromialgia impediu-me de atingir os meus objetivos para esta semana	Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sempre
11. Senti-me completamente dominado/a pelos meus sintomas de fibromialgia	Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sempre

Sub-Total (Apenas para uso interno)

☐



Instruções: Para cada uma das 10 questões que se seguem selecione a opção que melhor descreve a intensidade dos sintomas comuns de fibromialgia, ao longo dos últimos 7 dias:

12. Por favor avalie o seu nível de dor	Sem dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dor insuportável
13. Por favor avalie o seu nível de energia	Muita energia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sem energia
14. Por favor avalie o seu nível de rigidez	Sem rigidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rigidez severa
15. Por favor avalie a qualidade do seu sono	Acordou bem descansada/o	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Acordou muito cansada/o
16. Por favor avalie o seu nível de depressão	Sem depressão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita deprimida
17. Por favor avalie o seu nível de problemas de memória	Boa memória	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Memória muito fraca
18. Por favor avalie o seu nível de ansiedade	Nada ansiosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito ansiosa
19. Por favor avalie o seu nível de sensibilidade ao toque	Sem sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita sensibilidade
20. Por favor avalie o seu nível de problemas de equilíbrio	Sem desequilíbrio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desequilíbrio severo
21. Por favor avalie o seu nível de sensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes, odores e frio	Nada sensível	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremamente sensível

Sub-Total (Apenas para uso interno)

☐

TOTAL FIQR (Apenas para uso interno)

☐

### Teste de Resistência da Força dos membros superiores

Material Necessário: Cadeira sem braços com 43 cm de altura; Peso de 2,5 Kg; Metrónomo

#### Instruções:

O teste inicia na posição de sentado, encostado, com o braço em extensão junto ao tronco e a segurar um peso de 2,5Kgs.

Ao sinal, deve elevar o peso através da flexão do cotovelo. Quando ouvir novamente o sinal deve voltar à posição inicial: braço esticado mantendo o tronco encostado à cadeira.

O teste termina quando o movimento de dobrar e esticar o cotovelo não estiver de acordo com o ritmo do sinal dado.

O teste deve ser realizado primeiro com um dos membros e de seguida com o contralateral.

Resultados:	Membro superior direito	Membro superior esquerdo	Data	Avaliador
Nº de repetições corretas			___/___/___	_____

### Teste de Resistência da Força dos membros inferiores

Material Necessário: Cadeira sem braços com 43 cm de altura encostada a uma parede; Peso de 2,5 Kg;

Metrónomo

#### Instruções:

O teste inicia na posição de sentado, encostado, com um pé à frente do outro, e os dois à largura dos ombros. Os braços ficam em extensão junto ao tronco e a segurar um peso de 2,5Kgs em cada mão.

Ao sinal, deve colocar-se de pé. Quando ouvir novamente o sinal deve voltar à posição inicial: sentado com os braços esticados.

O teste termina quando o movimento de levantar e sentar não estiver de acordo com o ritmo do sinal dado.

#### Resultados:

Nº de repetições corretas\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaliador:\_\_\_\_\_

### Escala Numérica da Dor

Assinale com um “X” o número que melhor classifica a intensidade atual da sua dor, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

### Patient Global Impression Change Scale – versão portuguesa

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) **nas suas limitações para realizar atividades do dia-a-dia**, em relação à sua fibromialgia (selecione UMA opção):

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Sem alterações (ou a condição piorou)  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Quase na mesma, sem qualquer alteração visível                               | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ligeiramente melhor, mas, sem mudanças consideráveis                         | <input type="checkbox"/> 3 |
| Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real | <input type="checkbox"/> 4 |
| Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa                  | <input type="checkbox"/> 5 |
| Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil                | <input type="checkbox"/> 6 |
| Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença       | <input type="checkbox"/> 7 |

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) na sua **dor**, em relação à sua fibromialgia (selecione UMA opção):

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Sem alterações (ou a condição piorou)  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Quase na mesma, sem qualquer alteração visível                               | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ligeiramente melhor, mas, sem mudanças consideráveis                         | <input type="checkbox"/> 3 |
| Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real | <input type="checkbox"/> 4 |
| Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa                  | <input type="checkbox"/> 5 |
| Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil                | <input type="checkbox"/> 6 |
| Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença       | <input type="checkbox"/> 7 |

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) na sua **fadiga**, em relação à sua fibromialgia (selecione UMA opção):

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Sem alterações (ou a condição piorou)  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Quase na mesma, sem qualquer alteração visível                               | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ligeiramente melhor, mas, sem mudanças consideráveis                         | <input type="checkbox"/> 3 |
| Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real | <input type="checkbox"/> 4 |
| Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa                  | <input type="checkbox"/> 5 |
| Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil                | <input type="checkbox"/> 6 |
| Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença       | <input type="checkbox"/> 7 |

## **Apêndice IV. Convite e Consentimento da Fase 2**



## **Carta-Convite aos participantes do programa RehMove®**

*Perspetiva dos utentes com fibromialgia acerca dos resultados de um programa multimodal -  
Estudo por Métodos Mistos*

João Parreira, Carmen Caeiro e Eduardo Cruz (2017)

**Caro(a) Senhor(a),**

O meu nome é João Parreira, sou responsável pelo estudo “Perspetiva dos utentes com fibromialgia acerca dos resultados de um programa multimodal - Estudo por Métodos Mistos” desenvolvido no âmbito do projeto de investigação do curso de Mestrado em Fisioterapia– Condições Músculo-esqueléticas, leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Este estudo tem como principal objetivo verificar os resultados que um programa multimodal tem em pessoas com fibromialgia. Numa segunda fase do estudo, queremos aprofundar a informação recolhida sobre os resultados obtidos nesse programa, explorando a perspetiva dos seus participantes sobre os efeitos percecionados alcançados. A informação obtida no final deste estudo permitirá no futuro melhorar a forma como estes programas são desenhados, implementados e avaliados.

Neste sentido, vimos por este meio convidá-lo(a) a integrar a segunda fase deste estudo e a participar numa entrevista em grupo (grupo focal) com alguns dos participantes do programa RehMove®. O objetivo da entrevista em grupo será o de promover a discussão e partilha de informação conjunta entre participantes do programa acerca da forma como pessoalmente sentiu esses efeitos/ benefícios, bem como acerca da sua perceção sobre a importância dos instrumentos de avaliação utilizados para avaliar os resultados do programa.

Para além de si, estarão no máximo presentes outros 5 participantes na entrevista em grupo. A entrevista terá a duração máxima de 1h30 e decorrerá nas mesmas instalações onde decorreram as sessões do programa de intervenção, no dia e hora mais conveniente ao grupo, a ser posteriormente definida pelos envolvidos.

A entrevista em grupo será moderada por mim e contará também com a presença de um investigador facilitador, que irá acompanhar a entrevista e tirar algumas notas que possam contribuir para enriquecer a análise dos aspetos que aí forem referidos.

A informação será recolhida através de um gravador áudio e de uma câmara vídeo, e posteriormente transcrita. Durante a entrevista será garantida a sua confidencialidade, substituindo o seu nome por um pseudónimo. Toda a informação transcrita será tratada de forma anónima, preservando a sua confidencialidade. Todos os dados recolhidos (áudio e vídeo) serão mantidos em local seguro e eliminados depois de concluído o estudo.

A decisão de participar ou não no estudo é totalmente voluntária. Caso aceite participar no estudo poderá desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação. Não são esperados benefícios ou riscos associados à sua participação e caso desista não há consequências ou prejuízos resultantes dessa decisão.

Se surgir alguma questão acerca do estudo por favor contacte o fisioterapeuta João Parreira através do email **[joao.parreira@estudantes.ips.pt](mailto:joao.parreira@estudantes.ips.pt)**

Caso aceite participar no estudo agradecia que comunicasse a decisão para o email **[joao.parreira@estudantes.ips.pt](mailto:joao.parreira@estudantes.ips.pt)**

Gratos pela vossa atenção.

Com os Melhores Cumprimentos,

João Parreira

Carmen Caeiro

Eduardo Cruz



## **Declaração de Consentimento Informado**

**Título do Projeto:** “Perspetiva dos utentes com fibromialgia acerca dos resultados de um programa multimodal - Estudo por Métodos Mistos”

**Investigador Principal/ Responsável pelo Projeto:** Fisioterapeuta João Parreira

**Orientadores Científicos:** Professora Doutora Carmen Caeiro e Professor Doutor Eduardo Cruz

Declaro que aceito participar nesta segunda fase do estudo, que surge no âmbito do projeto de investigação do curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, e que tem por objetivo explorar a minha perspetiva sobre os efeitos percecionados do programa RehMove®.

Compreendi que fui convidado para participar nesta segunda fase do estudo por ter frequentado previamente o programa RehMove®, e que a seleção ocorreu de forma aleatória até um máximo de 12 participantes.

Foi-me explicada de forma satisfatória o propósito desta fase e da duração máxima de 90 minutos que implicará a minha participação numa entrevista em grupo, com outros participantes do programa RehMove®.

Estou consciente que darei respostas acerca da minha perspetiva pessoal sobre os efeitos/benefícios do programa RehMove®, e as minhas respostas serão gravadas em formato áudio e vídeo e posteriormente transcritas.

Estou consciente de que toda a minha informação será mantida anónima, confidencial e apenas manuseada pelos investigadores deste estudo e utilizada para fins de investigação.

Tomei conhecimento da inexistência de riscos associados e consinto a minha participação voluntária nesta fase do estudo.

Para entrar em contacto com o responsável pelo estudo ou com a sua orientadora principal, poderá fazê-lo através dos respectivos e-mails: joao.parreira@estudantes.ips.pt (fisioterapeuta João Parreira), carmen.caeiro@ess.ips.pt (Professora Carmen Caeiro). Caso pretenda um contacto com um elemento externo à equipa de investigação poderá recorrer ao elemento responsável pelo Departamento de Fisioterapia da ESS-IPS, através do e-mail gabriela.colaco@ess.ips.pt (Professora Gabriela Colaço)



Foram-me explicados todos os procedimentos e esclarecidas todas as minhas questões de forma satisfatória. Li e compreendi a carta-convite e todos os procedimentos do estudo.

Sei que tenho o direito de não participar no estudo e que sou livre de abandona-lo em qualquer momento, sem qualquer consequência, prejuízo e sem necessidade de justificação.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **Apêndice V. Guião de entrevista dos grupos focais**

## OBJETIVOS

## QUESTÕES E SUB-QUESTÕES

### TEMA 1 -- Significado atribuído à classificação dos resultados com a PGIC (melhoria/não-melhoria/estagnação)

1. Explorar aspetos ou fatores identificados pelos utentes como significado de melhoria/não-melhoria
2. Quais os aspetos que os utentes valorizaram

1. **Por que referiram sentir-se dessa forma após o programa?**
  - Quando dizem que estão melhores, estão melhores em que aspetos?
  - Açam que estão melhores porque sentiram alteração na dor/ nas atividades do dia-a-dia?
  - Estão todos a referir-se à dor? Ou existem outros fatores?
2. **Por que acham que isto aconteceu? Por que acham que classificaram a dor ou a capacidade de fazer as atividades do dia-a-dia como “moderadamente melhores...” ? (Ver termos da PGIC)**
  - Qual a explicação que dão para isso?
  - Para além do que já referiram existem outros fatores que expliquem a classificação que atribuíram à dor/função?

### TEMA 2 – Perspetiva sobre os resultados que sentiram após o programa

3. Explorar aspetos ou fatores identificados pelos utentes como significado de mudança/estagnação independentemente do valor da PGIC
2. Quais os aspetos que os utentes valorizaram

3. **Então, que mudanças (se é que houve mudanças) sentiram após o programa?**
  - Dos aspetos que referiram conseguem atribuir-lhes diferentes níveis de importância?
  - Para além dos aspetos que foram avaliados, como a dor ou a função, conseguem identificar outros aspetos relevantes?

4. Quais os aspetos que os utentes pretendem ver valorizados/respondidos ao integrar o programa de intervenção

4. **Os resultados que obtiveram foram de encontro às vossas expectativas?**
  - Os resultados que obtiveram foram aqueles que esperavam obter?
  - Havia outros aspetos que gostariam de ter sentido no final do programa?
  - Que resultados teriam sido/são realmente importantes para vós no final do programa?

### TEMA 3 – Influência das características do tratamento/profissional de saúde nos resultados percecionados

5. Qual a influência do tratamento e do profissional de saúde nos resultados percecionados

5. **Consideram que a forma como foram tratados contribuiu para os resultados que obtiveram?**
  - Por exemplo, a frequência semanal de tratamentos ou o número de sessões foram diferentes do esperado? Consideram que teriam melhores/piiores resultados se tivessem decorrido de outra forma?
  - Falar de questões como a atenção que tiveram durante a intervenção ou a vossa participação nas decisões acerca do tratamento – poderiam alterar/melhorar/piorar os resultados que obtiveram?
6. **Consideram que existem características do fisioterapeuta que contribuíram para os resultados obtidos?**
  - Por exemplo, fatores como o conhecimento, a empatia, o profissionalismo, as explicações dadas em relação ao tratamento ou à condição de saúde poderiam ter melhorado/piorado os resultados da intervenção?

## **Apêndice VI. Manual de Recrutamento e Implementação dos Grupos Focais**



## **Manual de Recrutamento, Implementação e Análise dos Grupos Focais**

### **Parte I | Critérios de seleção da amostra e contacto telefónico**

Seleção aleatória. Considerar todos os participantes que consideraram estar melhor na dor e na capacidade para realizar as atividades diárias após a participação do programa RehMove (participantes em que a PGIC-dor e PGIC-função foi  $\geq 5$ ).

Nota: se não for atendida a chamada, passar para o contacto seguinte

### **Parte II | Processo de construção do guião da entrevista e preparação para o grupo focal**

Elaboração do guião da entrevista, considerando 3 partes principais:

#### **1. Mensagens Introdutórias.**

- 1.1. Para contextualizar a entrevista e apresentar aos participantes uma breve introdução do motivo pelo qual foi realizada a entrevista, explicação do estudo e dos seus objetivos;
- 1.2. Referir as principais regras para a realização da entrevista. Apresentação do entrevistador e da sua função na entrevista. Referir as regras de confidencialidade das informações trocadas durante a entrevista, de respeito pela opinião dos colegas participantes, e da manutenção de um ambiente silencioso e sem interrupções à entrevista;
- 1.3. Deixar espaço para esclarecimento de dúvidas antes de iniciar a entrevista.

#### **2. Discussão**

- 2.1. Momento de início da entrevista. Estabelecer as questões de entrevista.
  - 2.2. Estabelecer as questões da entrevista com base nos objetivos do estudo. Neste caso, com dois objetivos principais. Primeiro, o significado de estar melhor. Segundo, os fatores que permitem dizer que estão melhores;
  - 2.3. Criar sub-questões de desenvolvimento às questões principais. Sub-questões que pretendem aprofundar o discurso dos participantes;
3. Finalização e agradecimentos
- 3.1. Realizar um resumo da entrevista, dos principais tópicos apresentados pelas participantes e deixar espaço para questões ou aspetos que os participantes ainda pretendam apresentar antes de dar por terminada a entrevista

Para facilitar a execução da entrevista elaborar uma **Tabela-síntese** e uma **Folha de notas**.

- Tabela-síntese da ordem da entrevista, numa página, para sintetizar as questões e sub-questões e facilitar o acompanhamento e orientação da entrevista;
- Folha de notas, para criar um espaço para anotar as ideias principais discutidas durante a entrevista ou anotar ideias referidas pelos participantes e a explorar mais à frente;
- Escrever na folha de notas, **normas para garantir a qualidade da entrevista**;  
  
*Exemplos:* Colocar as pessoas em círculo; seguir a ordem estabelecida e as perguntas definidas pelo guião; respeitar silêncios e clarificar a pergunta se for solicitado; Não me contentar com respostas pouco aprofundadas ou subentendidas.
- Escrever na folha de notas, **tópicos/questões predelineadas** que induzam o desenvolvimento ou clarificação do discurso dos participantes durante a entrevista.

*Exemplos:* “Falou sobre... porque é importante?”; “A XXX falou sobre... concorda com esta ideia?”; “Há pouco referiu que... o que pensa/ pensou sobre isso?”

## **Treino de Competências**

- Realizar o **treino de competências do investigador “moderador” do presente estudo**, com o objetivo de preparar o investigador para os grupos focais e garantir a qualidade da entrevista no estudo;
- Implementação de uma entrevista em grupo com estudantes do 4º ano da licenciatura em fisioterapia, sobre uma unidade curricular do curso de licenciatura, utilizando um guião de entrevista semiestruturado previamente concebido.

## **Apêndice VII. Descrição do Processo de Análise dos Grupos Focais**



## Descrição do Processo de Análise dos Grupos Focais

### Parte I | Análise do Grupo Focal I (Piloto)

---

1. **Transcrição da gravação**
2. **Primeira leitura da transcrição**
3. **Segunda leitura com anotações.** Sublinhar partes importantes da transcrição e anotar na lateral do texto
4. **Terceira leitura com escrita de palavras-chave** sobre cada excerto sublinhado e anotado.
5. **Estabelecer os temas emergentes.** Após discussão com a orientadora do trabalho, foram acordadas o estabelecimento de 2 temas principais emergidos das leituras e anotações da transcrição. Colocados em formato de questão de forma a facilitar as fases seguintes da análise:  
  
Tema 1: “*O que é que significa estar melhor?*” (cor amarela)  
  
Tema 2: “*Quais são os fatores porque referiu estar melhor?*” (cor laranja)
6. **Seleção do texto da transcrição correspondente às duas questões principais.**  
Foram atribuídas cores ao texto, consoante ao tema a que parecem corresponder
7. **Construção de uma tabela no Excel.** Os excertos da transcrição a foram atribuídas cores correspondentes ao tema, foram copiados e distribuídos num ficheiro Excel segundo os temas, exemplo:

	A	B	C	D	E	F	G
1							
2							
3							
4							
5	<i>"O que é que significa estar melhor?"</i>						
6	Qual o SIGNIFICADO do SUCESSO						
7							
8							
9							
10							
11	<i>"Quais são os factores porque referiu estar melhor?"</i>						
12	Quais os FACTORES EXPLICATIVOS para o SUCESSO						
13							
14							
15							

8. **Antecipação de possíveis subtemas dos temas principais.** Considerando o texto previamente sublinhado e considerando os dois temas principais já definidos, fiz uma seleção dos excertos que melhor representassem as respostas aos temas principais. e distribuí no ficheiro Excel. Conforme foram sendo copiados e distribuídos os excertos pelos dois temas principais, foram sendo criados subtemas e estabelecer uma lógica/raciocínio entre os excertos. Segundo a leitura já realizada e também após discussão e partilha com a orientadora do trabalho foi possível antecipar os seguintes subtemas:

8.1. Para o Tema 1:

8.1.1. “Conseguir fazer mais coisas”

8.1.2. “Sentirem-se credibilizadas”

8.1.3. “Conseguir gerir a doença”

8.1.4. “Diminuir a medicação”

8.2. Para o Tema 2:

8.2.1. “Influência do exercício”

8.2.2. “Importância do conhecimento”

8.2.3. “Importância do suporte e partilha do grupo”

8.2.4. “Importância do desempenho do fisioterapeuta”

9. **Analisar e repensar organização dos temas escolhidos.**

**9.1. Construção de novos subtemas.** Após selecionados os excertos e distribuídos pelos possíveis grandes temas e subtemas correspondentes, ocorreu a necessidade de definir de novos subtemas:

9.1.1. Para o Tema 2: criar o subtema “Importância da educação da família e colegas de trabalho”. Pois verifiquei que a questão da educação parece ser um especto que as participantes referiram como contributo importante para os resultados.

9.1.2. Ainda para o Tema 2: “Influência da parte psíquica e emocional”. Nesta situação havia um excerto que referia claramente e identificava de forma direta a “parte psíquica” como algo com influência sobre os resultados. No entanto, a participante Francisca fazia uma referência importante que demonstrava o mecanismo que lhe permitiu ‘fazer mais coisas’ (Sucesso) dizendo “se estiver calma eu consigo...”, desta forma pode inserir-se na influência da parte emocional no sucesso.

*No entanto, poderei considerar mudar o nome do subtema, pois a referência ao psíquico/emocional pode fazer alusão a algo que não são os fisioterapeutas os responsáveis.*

**9.2. Gestão do conteúdo.** Surgimento de dúvidas quanto ao nome do tema e à gestão do elevado número de excertos associados a um mesmo tema.

No Tema 1, os subtemas “sentirem-se mais credibilizadas” e o “conseguir gerir a doença” apresentavam demasiados excertos associados, pelo que senti necessidade de dentro desse subtema, organizar os excertos em categorias que melhor ajudassem a explicar o subtema.

9.2.1. Dessa forma, para o subtema “sentirem-se credibilizadas” organizei os excertos nas categorias:

9.2.1.1. “Sentirem que não estão sozinhas”

9.2.1.2. “Menos influenciadas pelo meio”

9.2.1.3. “Mais credibilizadas pela família”

9.2.2. Os excertos do subtema “Conseguir fazer mais coisas” organizei em:

9.2.2.3. E ainda um conjunto de excertos aos quais não consegui atribuir um tema.

No Tema 2, e ao pensar sobre a designação do subtema “Influência do conhecimento” inicialmente proposto, fui verificando com a seleção dos excertos que não era só o destaque sobre a influência dos conteúdos teóricos que era referido pelas participantes, mas também ganharem capacidades concretas de autoconsciência do comportamento face aos sintomas ou a

referência a estratégias e comportamentos concretos que proporcionaram o sucesso do programa. Daí ter substituído esse subtema inicial por outros dois subtemas: “Ganhar autoconsciência do comportamento face aos sintomas” e “Compreender a necessidade de se adaptarem à condição”.

**9.3. Gestão de conflitos.** Sobre distribuição de excertos aos temas e subtemas mais adequados.

9.3.1. Alguns excertos tive dificuldade em distribuir pelos subtemas do tema principal a que estava inicialmente atribuídos. Como consequência e de forma a conseguir clarificar melhor a distribuição mais adequada desses excertos, escrevi-os em papel juntamente com os excertos já atribuídos aos subtemas. Afixando-os na parede foi mais fácil perceber a sua mais correta distribuição nos subtemas já existentes.

**10. Escrita da análise dos excertos.** Uma estratégia para estruturar o raciocínio em torno dos excertos selecionados é iniciar a escrita da análise dos excertos conforme os temas e subtemas até então estabelecidos.

Esta fase foi também importante, porque permitiu-me repensar na seleção e distribuição que tinha feito dos excertos e obrigou-me a colocar um raciocínio por detrás dessa seleção. Isto permitiu-me olhar de novo para os excertos e reanalisar: ver se faziam sentido, questionar a sua pertinência, questionar a forma como estavam organizados, questionar até a possível eliminação (por se tornarem irrelevantes, ou por não acrescentar nada de novo). Nas imagens em baixo é possível verificar os excertos, subtemas e temas finais desta Parte I.

NOTA: A seleção dos excertos, nesta fase de escrita também teve em consideração a necessidade de uma representação equitativa entre participantes.

5	<b>"O que é que significa estar melhor?"</b>							
6	Qual o SIGNIFICADO do SUCESSO							
7								
8								
9		<b>Conseguir fazer mais coisas</b>						
10		Realizar movimentos e tarefas que não conseguiam						
11		<b>Antónia, 1, 32-35</b>	Fazer movimentos que não conseguia					
12		<b>Antónia, 1, 45-48</b>	Identificação de tarefas funcionais correctas					
13		Cheila, 7, 342-344	Diferença no movimento					
14								
15		Melhorar a resposta ao movimento/incapacidade						
16		<b>Sofia, 14, 711-719</b>	Capacidade de resposta à incapacidade e dar alternativas ao movimento					
17		<b>Francisca, 17, 849-853</b>	Adaptar resposta à incapacidade					
18		<b>Francisca, 27, 1387-1391</b>						
19								
20		Sentirem-se menos afectadas e capazes de ultrapassar a incapacidade						
21		<b>Francisca, 13, 636-642</b>	Sentir-se mais calma perante situações de incapacidade					
22		<b>Sofia, 15, 743-745</b>	Sentir que é capaz de gerir a doença					
23		<b>Francisca, 27, 1352-1355</b>	Diminuição do desconforto face à incapacidade					
24		<b>Francisca, 18, 891-895</b>	Mudança de atitude face à incapacidade. Atitude mais positiva face à doença					
25								
26		Margarida, 19 979-981	Resiliência perante a doença					
27								
28		<b>Diminuir a medicação</b>						
29		<b>Francisca, 5, 225-230</b>						
30		<b>Sofia, 30, 1515-1517</b>						
31		Francisca, 26, 1335-1336						
32								
33		<b>Sentirem-se mais credibilizadas</b>						
34		<b>Francisca, 27, 1380-1387</b>	Família mais sensibilizada com base na partilha dos outros					
35		<b>Margarida, 20, 1036-1044</b>	Apoio da família					
36		Margarida, 20, 1022-1029	Compreensão por parte dos colegas trabalho					
37		Francisca, 27, 1372-1383	Compreensão da família através da partilha dos outros. Exemplo de estender roupa					
38	referido no tema II	<b>Francisca, 29, 1464-1467</b>	Importância da integração da família					
39								
40		<b>Menos influenciável pelo meio</b>						
41		Francisca, 4, 189-195	Menos influenciada pelo meio					
42		Francisca 26, 1346-1348	Sentir-se menos influenciada pelo meio					
43								

Distribuição final dos subtemas do Tema 1

Legenda: A vermelho, são os subtemas que ficaram de parte



## **Parte II | Análise do Grupo Focal II e integração nos temas e subtemas já existentes**

---

1. **Transcrição da gravação**
2. **Primeira leitura da transcrição**
3. **Segunda leitura com anotações**
4. **Análise do conteúdo segundo os temas definidos no Grupo Focal anterior.**  
Seleção do texto da transcrição correspondente aos 2 temas principais identificados na análise do GF anterior:  
  
Tema 1: “*O que é que significa estar melhor?*” (cor amarela)  
  
Tema 2: “*Quais são os fatores porque referiu estar melhor?*” (cor laranja)
5. **Atribuição de palavras-chave** a cada excerto identificado considerando os 2 temas principais e os subtemas já existentes
6. **Distribuição dos excertos pelos temas e subtemas já existentes na folha Excel.**  
Como demonstram as imagens em baixo



5	<b>"O que é que significa estar melhor?"</b>	
6	Qual o SIGNIFICADO do SUCESSO	
7		
8		
9	<b>Conseguir fazer mais coisas</b>	
10	Realizar movimentos e tarefas que não conseguiam	
11	Antónia, GF1, 1, 32-35	Fazer movimentos que não conseguia
12	Antónia, GF1, 1, 45-48	Identificação de tarefas funcionais correctas
13	Cheila, GF1, 7, 342-344	Diferença no movimento
14	Bárbara, GF2, 7, 332-339	Conseguir brincar com a filha
15	Teresa, GF2, 8, 396-401	Conseguir fazer mais movimento
16	Teresa, GF2, 8, 394-396	Melhor no movimento relativamente ao início do programa
17	Teresa, GF2, 39, 1972	Aumentar mobilidade
18	Zélia, GF2, 40, 2027-2029	Fazer as tarefas dos dia-a-dia
19		
20	Melhorar a resposta ao movimento/incapacidade	
21	Sofia, 14, 711-719	Capacidade de resposta à incapacidade e dar alternativas ao movimento
22	Francisca, 17, 849-853	Adaptar resposta à incapacidade
23	Francisca, 27, 1387-1391	
24	Gertrudes, GF2, 4, 191-193	Conseguir gerir a carga e intensidade das actividades diárias
25	Bárbara, GF2, 6, 245-250	Conseguir dosear as tarefas diárias
26	Bárbara, GF2, 32, 1612-1614	Acabar com cortina de negação
27	Bárbara, GF2, 39, 1983-1990	Conseguir evitar movimentos prejudiciais e tornar tarefas exequíveis
28		
29	Sentirem-se menos afectadas e capazes de ultrapassar a incapacidade	
30	Francisca, 13, 636-642	Sentir-se mais calma perante situações de incapacidade
31	Sofia, 15, 743-745	Sentir que é capaz de gerir a doença
32	Francisca, 27, 1352-1355	Diminuição do desconforto face à incapacidade
33	Francisca, 18, 891-895	Mudança de atitude face à incapacidade. Atitude mais positiva face à doença
34	Vânia, GF2, 2, 50-54	Permitir/ tolerar exigências do trabalho
35	Gertrudes, GF2, 194-195	Diminuir a ansiedade associada às tarefas diárias
36	Gertrudes, GF2, 5, 196-201	Diminuir pressão
37	Bárbara, GF2, 7, 339-344	Olhar com optimismo para as crises
38	Teresa, GF2, 33, 1662-1665	Sentir-se capaz de fazer tudo
39		
40	Margarida, 19 979-981	Resiliência perante a doença
41		
42	<b>Sentir-se mais psicologicamente forte</b>	
43	Teresa, GF2, 21, 1046-1049	Sentir-se psicologicamente mais forte
44		

44			
45	Diminuir a medicação		
46	Francisca, 5, 225-230		
47	Sofia, 30, 1515-1517		
48	Francisca, 26, 1335-1336		
49	Teresa, GF2, 8, 377-379, 385-386	Objectivo de diminuir a medicação	
50	Gertrudes, GF2, 38, 1895-1896	Deixar a medicação	
51			
52	Sentirem-se mais credibilizadas		
53	Francisca, 27, 1380-1387	Família mais sensibilizada com base na partilha dos outros	
54	Margarida, 20, 1036-1044	Apoio da família	
55	Margarida, 20, 1022-1029	Compreensão por parte dos colegas trabalho	
56	Francisca, 27, 1372-1383	Compreensão da família através da partilha dos outros. Exemplo de estender roupa	
57	referido no tema II	Francisca, 29, 1464-1467	Importância da integração da família
58		Gertrudes, GF2, 21, 1052-1054	Conseguir a compreensão do marido
59		Teresa, GF2, 33, 1644-1648, 1647-16	Alteração da perspetiva dos outros
60			
61	Menos influenciável pelo meio		
62		Francisca, 4, 189-195	Menos influenciada pelo meio
63		Francisca 26, 1346-1348	Sentir-se menos influenciada pelo meio
64	???	Gertrudes, GF2, 22, 1104-1108	Capacidade de se libertar de situações que aumentam o stress
65			
66	Aceitar a condição		
67		Bárbara, GF2, 7, 314-317	Aceitar a doença
68		Teresa, GF2, 21, 1044-1046	Aceitar a doença
69			
70	???	Teresa, GF2, 8, 382-383	Ter energia para as tarefas diárias
71			
72	???	Teresa, GF2, 8, 381-382	Diminuir a dor
73		Gertrudes, GF2, 30, 1532-1535	Sentir menos dores
74		Bárbara, GF2, 39, 1968-1970	Diminuir as dores
75		Zélia, GF2, 40, 2021-2024	Aliviar dor e fadiga
76			
77	Onde pode encaixar ?	Teresa, GF2, 8, 391-394	Conhecer os limites; Crises mais espaçadas
78			
79	Onde pode encaixar ?	Gertrudes, 31, 1537-1541	Saber lidar com a dor/incapacidade
80			

95	<b>"Quais são os factores porque referiu estar melhor?"</b>	
96	Quais os FACTORES EXPLICATIVOS para o SUCESSO	
97		
98	<b>Influência do Conhecimento</b>	
99	Francisca, 3, 95-102	Influência do conhecimento/teoria na capacitação
100	Francisca 4, 173-177	Influência do conhecimento em Dosear a carga
101	Margarida, 19, 975-981	Estar bem instruída para gerir a condição
102	Francisca 17, 877-884	combinação conhecimento + exercício: Quebrar o ciclo vicioso. Menor stress e capacidade de descontrair-se do problema
103	Francisca, 14, 703-709	Compreender através do conhecimento uma melhor resposta à incapacidade
104	Francisca, 25, 1298-1303	Conteúdos favoreceram mudança de atitude relativamente à doença
105	<b>Importância de saber como controlar as dores (sintomas)</b>	
106	Gertrudes, GF2, 4, 175-180	Conhecimento para auto-gestão da doença
107	Bárbara, GF2, 6, 273-278	Importância do conhecimento no controlo dos sintomas
108	Bárbara, GF2, 6, 292-295	Saber como utilizar o movimento para atenuar a dor
109		
110	Bárbara, GF2, 7, 297-301	Importância do transverso do abdómen no controlo da dor
111		
112	<b>Influência do conhecimento no reconhecimento de comportamentos anteriores que são prejudiciais</b>	
113	Gertrudes, GF2, 4, 182-191	Compreender os efeitos dos comportamentos nos sintomas
114	Bárbara, GF2, 6, 251-257	Importância de dosear o empenho nas tarefas diárias
115	Bárbara, GF2, 7, 346-351	Importância da gestão da intensidade das tarefas
116		
117	<b>Influência do exercício</b>	
118	Sofia, 2, 62-66 68	
119	Sofia, 2, 79-83	
120	Francisca, 4, 158-160	
121	Cheila 7, 332-334	
122	Zélia, GF2, 2, 73-74	Importância do exercício
123	Teresa, GF2, 9, 401-402	Importância do exercício
124	Vânia, GF2, 11, 537-541	Importância dos alongamentos
125	Vânia, GF2, 17, 814-819	Importância do exercício
126	Vânia, GF2, 37, 1870-1872	Importância do exercício
127		
128	Teresa, GF2, 37, 1890-1892	Efeito progressivo do exercício
129		
130	Teresa, GF2, 43, 2152-2153	Adequação dos exercícios
131		
132	<b>Importância do suporte e partilha do grupo</b>	
133	Solução conjunta de problemas	
134	Francisca, 5, 242-247	Partilha como estratégias para os próprios problemas
135	Sofia 10, 491-495	Solução conjunta de problemas
136	???	Importância da partilha na gestão conjunta de problemas
137		
138	Dar alento e capacidade para melhorar	
139	Lurdes, 25, 1269-1279	Promover ânimo para continuar
140	Francisca, 4, 133-146	Conforto e capacidade de se distanciar da dor
141	Sofia, 10, 479-485	Alento sentido pela partilha
142	Francisca, 3, 118-129	Alento e credibilização sentido pela partilha
143	Francisca, 4, 181-183	Não se sentir sozinha

144	Teresa, GF2, 421-431	Sentir-se aceite e respeitada com a partilha
145	Bárbara, GF2, 9, 423	Importância da partilha
146	Bárbara, GF2, 16, 771-773	Importância da partilha em grupo na credibilização
147	Zélia, GF2, 28, 1400-1403	Sentir que não está sozinha
148	Teresa, GF2, 1639-1643	Partilha deu força para melhorar
149	Vânia, GF2, 1867-1868	Incentivo do grupo para continuar
150		
151	????????????????	
152	Vânia, GF2, 18, 868-870	Importância de conviver com pessoas que compreendem
153	Gertrudes, GF2, 18, 897-898	Conhecer de outras pessoas com a doença
154	Gertrudes, GF2, 18, 899-903	Importância de poder partilhar sem ser descredibilizada
155	Gertrudes, GF2, 22, 1113-1117	Partilha contrariou situação de isolamento
156	Zélia, GF2, 28, 1412-1415	Importância da credibilização através da partilha
157	Teresa, GF2, 32, 1634-1638	Influência da partilha na parte psicológica e nos
158		
159	<b>Importância do desempenho do fisioterapeuta</b>	
160	Cheila, 11, 531-537	Adaptação do programa à participante
161	Francisca, 11, 549-564	Conforto através do acompanhamento
162	Bárbara, GF2, 43, 2187-2192	Importância de ver correspondidas as necessidades
163	Bárbara, GF2, 44, 2240-2245, 2248	Importância de ter um técnico de saúde que atende as queixas
164	Bárbara, GF2, 44, 2250-2256	Importância de ver correspondidas as necessidades
165	Gertrudes, GF2, 45, 2277-2282	Sentimento de segurança transmitida pelo profissional
166	Zélia, GF2, 45, 2299-2300	Efeitos psicológicos do saber ouvir dos profissionais
167	Zélia, GF2, 46, 2352-2357	Influência do profissional saber ouvir nos sintomas
168	Gertrudes, GF2, 47, 2363-2365	Importância de sentirem-se compreendidas pelos profissionais
169	Gertrudes, GF2, 47, 2389-2396	Influência da postura do profissional comparando com experiências com outros profissionais
170	Teresa, GF2, 47, 2397-2398	Importância de mostrar dedicação
171		
172	Teresa, GF2, 48, 2413-2420	Sentir-se descredibilizada por outros profissionais
173		
174	<b>Ganhar auto-consciência do comportamento face aos sintomas</b>	
175	usado Francisca, 3, 143-146	Capacidade de se distanciar da dor
176	Antónia, 25, 1255-1258	Importância da auto-consciência do movimento
177	Sofia, 10, 507-510	Consciência para a gestão dos flare-ups
178	Francisca 4, 148-152	
179	x Francisca 5, 247-249	Aceitar em vez de lutar contra
180		
181	<b>Compreender a necessidade de se adaptarem à condição</b>	
182	usado x Sofia, 14, 716-719	Adaptar e dar alternativas ao movimento
183	Margarida, 21, 1054-1056	Adaptar e dar alternativas ao movimento
184	Francisca, 3, 106-107	
185	x Francisca, 4, 154-156	
186	x Francisca, 4, 156-158	
187	x Sofia 10, 497-499	
188	x Francisca, 13, 630-635	Consciência e conhecimento do seu comportamento
189	Francisca, 17, 877-879	Combinação teórica e prática permite dizer que existe alternativa para a FM
190		
191	<b>Influência da parte psíquica e emocional</b>	
192	Margarida, 23, 1158-1161	Influência da parte psíquica na dor
193	Francisca, 17, 879-884	Estar calma para gerir a condição
194	Teresa, 9, 417-419	Importância do exercício e das sessões educativas
195		
196	Teresa, GF2, 41, 2084-2089	Importância de conjugar exercício e educação

197		
198	<b>Influência da educação da família e colegas de trabalho</b>	
199	Margarida 21, 1085-1088	Educação dos outros contribui para a credibilização
200	Francisca, 29, 1464-1467	Importância da integração da família
201	Margarida, 22, 1139-1144	Aumento da auto-estima e confiança através da interação com o outro
202		
203	<b>Importância de aplicar ensinamentos fora do programa</b>	
204	Zélia, GF2, 2, 77-79	Importância de continuar aplicar os ensinamentos do programa
205	Gertrudes, GF2, 5, 227-232	Importância de um compromisso com as sessões de exerc
206	Teresa, GF2, 9, 408-412	Importância dos exercícios fora das sessões
207	Vânia, GF2, 11, 537-541	Importância dos alongamentos
208	Vânia, GF2, 17, 845-850	Importância da rotina do programa de exercícios
209	Vânia, GF2, 17, 852-855	Influência da rotina na melhoria
210	Vânia, GF2, 17, 862-864	Importância da rotina dos alongamentos
211	Zélia, GF2, 28, 1406-1410	Manter a rotina dos exercícios
212		
213	<b>Importância do apoio externo do fisioterapeuta</b>	
214	Gertrudes, GF2, 5, 203-205	Importância da ajuda externa para a melhoria
215	Gertrudes, GF2, 45, 2257-2261	Importância de sentir o apoio do profissional
216	Gertrudes, GF2, 45, 2283-2290	Apoio do profissional para ajudar a dosear esforço
217		
218	Bárbara, GF2, 6, 278-282	Importância de descansar bem
219		
220	Bárbara, GF2, 32, 1606-1610	Influência da excessiva concentração nos sintomas na cognição
221		
222	<b>Importância de contrariar a vontade de estar parada</b>	
223	Bárbara, GF2, 34, 1698-1702	Contrariar vontade de estar parada
224	Bárbara, GF2, 34, 1721-1726	Melhor se contrariar vontade de estar parada
225		
226	<b>Importância do compromisso</b>	
227	Gertrudes, GF2, 42, 2144-2148	Importância de ser activo no tratamento
228	Bárbara, GF2, 42, 2150	Levar o programa a sério

## **7. Analisar e repensar adequação distribuição dos excertos realizada.**

**7.1. Analisar adequabilidade dos novos excertos por cada antigo subtema já existente.** Comparar se os novos excertos do novo grupo focal adicionados no subtema continuam a fazer sentido manterem-se ou se fará sentido alterar o nome ou mesmo a organização desse subtema, criando novos.

### **7.2. Criar novos subtemas ou modificar-lhes a designação**

7.2.1. Por exemplo, no subtema do Tema 1, *“Conseguir fazer mais coisas”*, apenas a categoria *“Realizar movimentos e tarefas que não conseguiam”* parece justificar o título do subtema. As restantes 2 categorias: *“Melhorar a resposta ao movimento/incapacidade”* e *“Sentirem-se menos afetadas e capazes de ultrapassar a incapacidade”* pareciam remeter mais para uma situação de autogestão do que para *“Conseguir fazer mais coisas”*. Veja-se pelo exemplo do excerto: *“perceber, por exemplo perante um frasco de compota, se eu não consigo, não vou... não vou criar uma crise a tentar abrir o frasco. Vou pedir ajuda. E se não conseguir não como a compota”* (Sofia, GF1, 14, 711-719). Por isso, rebuscou-se o subtema *“Conseguir gerir a doença”* onde poderiam ser incluídos as categorias *“Melhorar a resposta ao movimento/incapacidade”* e *“Sentirem-se menos afetadas e capazes de ultrapassar a incapacidade”*.

7.2.2. *“Sentirem-se mais otimistas e psicologicamente mais fortes para enfrentar a doença”* mostra também que as participantes conseguem gerir melhor a doença. Essa categoria consegue enquadrar-se no subtema *“Conseguir gerir a doença”*.

### **7.3. Reutilizar subtemas anteriormente excluídos**

**7.3.1.** Verificou-se que excertos anteriormente excluídos poderiam ser novamente reutilizados, por exemplo no Tema 2, alguns que tinham ficado identificados com os subtemas *“Ganhar autoconsciência do comportamento face aos sintomas”* ou *“Compreender a necessidade de se adaptarem à condição”*

### **7.4. Suspender alguns subtemas**

**7.4.1.** “Aceitar a condição” foi um subtema excluído, por poder ser encarado mais como um conteúdo relativo à psicologia, podendo ser interpretado como estando a fugir mais do contexto da investigação (fisioterapia) ou dos objetivos definidos.

## **8. Escrita da análise**

Tal como na análise do primeiro Grupo Focal I, mas agora integrando o Grupo Focal II, pretendeu-se fazer uma escrita interpretativa dos principais temas e subtemas que foram possíveis identificar na análise integrada dos dois grupos focais. No decorrer da escrita foram escolhidos os melhores excertos que ilustrassem os respetivos subtemas e foram também sendo realizadas alterações aos nomes dos subtemas que melhor representassem esses excertos

**8.1. Alterar títulos dos temas** no decorrer da escrita.

### **8.2. Temas que ficaram suspensos**

**8.2.1.** “Diminuição da dor”, “Melhorar a fadiga física e intelectual”, “Voltar a ganhar a dinâmica física” apesar de serem temas que reportam para aspetos que poderiam ser importantes e de encontro aos objetivos da investigação, os excertos parecem não conseguir representar totalmente esse tema. São excertos que se referem a algo que as participantes gostariam ou que consideravam importante (expectativas antes de entrar no programa). Não ficou claro nos excertos se conseguiram alcançar a expectativa que tinham antes do programa. Como é necessária fazer uma seleção de 3-4 melhores temas principais para os resultados, estes temas não eram dos que melhor representassem os respetivos subtemas.

**8.3. Fazer a seleção dos melhores excertos para referir.** São colocados a negrito no ficheiro Excel os melhores excertos a utilizar e a cinzento os excertos excluídos, como demonstram as imagens em baixo.

NOTA: A seleção dos excertos, nesta fase de escrita também teve em consideração a necessidade de uma representação equitativa entre participantes e entre grupos focais.

5	"O que é que significa estar melhor?"		
6	Qual o SIGNIFICADO do SUCESSO		
7			
8			
9	Conseguir fazer as actividades diárias e responder às exigências do meio		
10	Realizar movimentos e tarefas que não conseguiam e conseguir dar resposta às actividades diárias. Mesmo que n		
11		Antónia, GF1, 1, 32-43	Fazer movimentos que não conseguia
12		Teresa, GF2, 8, 396-401	Conseguir fazer mais movimento
13		Bárbara, GF2, 7, 329-338	Conseguir brincar com a filha
14		Vânia, GF2, 2, 50-54	Permitir/ tolerar exigências do trabalho
15		Teresa, GF2, 8, 394-396	Melhor no movimento relativamente ao início do programa
16		Chella, GF1, 7, 342-344	Diferença no movimento
17		Zélia, GF2, 40, 2027-2029	Fazer as tarefas dos dia-a-dia
18		Antónia, GF1, 1, 45-48	Identificação de tarefas funcionais correctas
19	x	Teresa, GF2, 39, 1972	Aumentar mobilidade
20			
21	Menos influenciável pelo meio		
22		Francisca, GF1, 4, 189-195	Menos influenciada pelo meio
23		Francisca, GF1, 26, 1346-1348	Sentir-se menos influenciada pelo meio
24		Gertrudes, GF2, 22, 1104-1108	Capacidade de se libertar de situações que aumentam o stress
25			
26	Sentirem-se mais calmas e tranquilas com a doença		
27	Sentirem-se menos afectadas e capazes de ultrapassar a incapacidade. Adaptar-se à doença. Controlar a doença.		
28		Francisca, GF1, 13, 629-642	Diminuição do stress perante situações de incapacidade
29	??	Teresa, GF2, 21, 1039-1049	Sentir-se psicologicamente mais forte
30	curto	Sofia, GF1, 15, 743-745	Sentir que é capaz de gerir a doença
31	curto	Bárbara, GF2, 7, 339--344	Olhar com optimismo para as crises
32	curto	Bárbara, GF2, 40, 2000-2004	Diminuir problemas e aumentar capacidade de auto-gestão dos sintomas
33	rep.	Francisca, GF1, 18, 891-895	Mudança de atitude face à incapacidade. Atitude mais positiva face à doença
34	curto	Margarida, GF1, 19, 979-981	Resiliência perante a doença
35			
36	Adaptar-se às situações que causam stress. Sentirem-se mais calmas e tranquilas		
37		Francisca, GF1, 17, 847-853	Dar resposta à incapacidade
38		Gertrudes, GF2, 5, 194-203	Diminuir pressão
39	??	Teresa, GF2, 33, 1662-1665	Sentir-se capaz de fazer tudo
40	curto	Francisca, GF1, 27, 1352-1355	Diminuição do desconforto face à incapacidade
41			
42			
43	Deixar de tomar medicamentos		
44		Francisca, GF1, 5, 225-230	Medicação como objectivo
45		Teresa, GF2, 8, 376-386	Objectivo de diminuir a medicação
46		Sofia, GF1, 30, 1515-1517	Redução da Medicação
47		Gertrudes, GF2, 38, 1895-1896	Deixar a medicação
48			
49	X rep	Francisca, GF1, 26, 1335-1336	Redução da Medicação
50			
51	Sentirem-se mais credibilizadas		
52		Francisca, GF1, 27, 1380-1387	Família mais sensibilizada com base na partilha dos outros
53		Margarida, GF1, 20, 1036-1044	Apoio da família
54		Gertrudes, GF2, 21, 1052-1054	Conseguir a compreensão do marido
55		Teresa, GF2, 33, 1644-1648, 1647-1648	Alteração da perspectiva dos outros
56		Margarida, GF1, 20, 1022-1029	Compreensão por parte dos colegas trabalho
57	x	Francisca, GF1, 27, 1372-1383	Compreensão da família através da partilha dos outros. Exemplo de es
58			
59	Objectivo definido de diminuir a dor		
60	???	Teresa, GF2, 8, 381-382	Diminuir a dor
61		Gertrudes, GF2, 30, 1532-1535	Sentir menos dores
62		Bárbara, GF2, 39, 1968-1970	Diminuir as dores
63		Zélia, GF2, 40, 2021-2024	Aliviar dor e fadiga
64			
65	Melhorar a fadiga física e intelectual		
66		Teresa, GF2, 31, 1568-1571	Valorização da melhoria da fadiga
67	curto	Teresa, GF2, 38, 1971	Diminuir a fadiga
68		Bárbara, GF2, 31, 1572-1582	Valorização da melhoria cognição
69			
70	Voltar a ganhar a dinâmica física		
71		Bárbara, GF2, 39, 1973-1976	Querer sentir-se mais activa
72		Bárbara, GF2, 1994-1996	Aumentar a dinâmica física
73	? Curto	Teresa, GF2, 8, 382-383	Ter energia para as tarefas diárias
74		Zélia, GF2, 41, 2049-2054	Ganhar vontade de querer fazer as tarefas diárias
75			
76	Aceitar a condição		
77		Bárbara, GF2, 7, 314-317	Aceitar a doença
78		Teresa, GF2, 21, 1044-1046	Aceitar a doença
79			
80	x	Teresa, GF2, 38, 1916	Melhoria da qualidade do sono
81			
82			

84	<b>"Quais são os factores porque referiu estar melhor?"</b>		
85	Quais os FACTORES EXPLICATIVOS para o SUCESSO		
86			
87	<b>Novo conhecimento, interpretação e atitude sobre a doença</b>		
88	Perceber a importância de gerir o esforço e a carga. Conhecimento permitiu interpretar a doença e as sintomas c		
89	rep.	Francisca, GF1, 4, 173-177	Influência do conhecimento em Dosear a carga
90		Gertrudes, GF2, 4, 182-193	Conseguir gerir a carga e intensidade das actividades diárias
91		Bárbara, GF2, 7, 346-352	Importância da gestão da intensidade das tarefas
92		Antónia, GF1, 25, 1255-1258	Importância da auto-consciência do movimento
93		Teresa, GF2, 20, 1008-1025	Adaptar às exigências do trabalho e estabelecer os limites
94		Francisca, GF1, 3, 95-102	Influência do conhecimento/teoria na capacitação
95	curto	Gertrudes, GF2, 4, 175-180	Conhecimento para auto-gestão da doença
96		Francisca, GF1, 13, 630-635	Consciência e conhecimento do seu comportamento
97			
98	Responder aos sinais da doença, ter mais consciência e planear antecipadamente os problemas		
99		Sofia, GF1, 10, 502-510	Consciência para a gestão dos flaire-ups
100		Bárbara, GF2, 6, 245-254	Conseguir dosear as tarefas diárias
101		Bárbara, GF2, 6, 273-278	Importância do conhecimento no controlo dos sintomas
102	rep. Curto	Bárbara, GF2, 6, 292-295	Saber como utilizar o movimento para atenuar a dor
103	rep. Curto	Bárbara, GF2, 6, 251-257	Importância de dosear o empenho nas tarefas diárias
104			
105	Adaptar e diminuir actividades que causem stress		
106		Sofia, GF1, 14, 711-719	Capacidade de resposta à incapacidade e dar alternativas ao movim
107		Francisca, GF1, 27, 1387-1391	Adaptação à incapacidade
108		Bárbara, GF2, 32, 1612-1614	Acabar com cortina de negação e melhorar cognição
109		Bárbara, GF2, 39, 1983-1990	Conseguir evitar movimentos prejudiciais e tornar tarefas exequiv
110	curto.	Margarida, GF1, 21, 1054-1056	Adaptar e dar alternativas ao movimento
111	rep.	Francisca, GF1, 14, 703-709	Compreender através do conhecimento uma melhor resposta à inca
112			
113	Excertos sem atribuição		
114	curto	Margarida, GF1, 19, 975-981	Estar bem instruída para gerir a condição
115	curto	Bárbara, GF2, 7, 297-301	Importância do transverso do abdómen no controlo da dor
116	???	Francisca, GF1, 25, 1298-1306	Conteúdos favoreceram mudança de atitude relativamente à doenc
117		Teresa, GF2, 8, 391-394	Conhecer os limites; Crises mais espaçadas; mais qualidade de vida
118			
119			
120	<b>Alteração da rotina e dos estilos de vida</b>		
121	Importância de integrar o exercício ou o movimento na sua vida ou dia-a-dia. Manter a rotina do exercício		
122		Sofia, GF1, 2, 79-83	Importância da rotina do exercício
123		Vânia, GF2, 17, 814-819	Importância do exercício
124		Francisca, GF1, 4, 154-160	
125	curto	Gertrudes, GF2, 31, 1537-1541	Exercício como forma de lidar com a dor/incapacidade
126	curto	Chella, GF1, 7, 332-334	
127	rep	Vânia, GF2, 11, 537-541	Importância dos alongamentos
128	rep	Vânia, GF2, 17, 845-850	Importância da rotina do programa de exercícios
129	rep	Sofia, GF1, 2, 62-66 68	Importância de continuar o exercício
130	rep	Vânia, GF2, 37, 1870-1872	Importância do exercício
131	curto	Zélia, GF2, 2, 73-74	Importância do exercício
132	curto	Teresa, GF2, 9, 401-402	Importância do exercício
133			

134	Importância de criar uma rotina e compromisso de aplicar os ensinamentos do programa		
135		Zélia, GF2, 2, 77-86	Importância de continuar aplicar os ensinamentos do programa
136		Gertrudes, GF2, 42, 2144-2148	Importância de ser activo no tratamento
137	curto	Bárbara, GF2, 42, 2150	Levar o programa a sério
138	rep	Zélia, GF2, 28, 1406-1410	Manter a rotina dos exercícios
139		Teresa, GF2, 9, 408-412	Importância dos exercícios fora das sessões
140	rep.	Vânia, GF2, 17, 852-855	Influência da rotina na melhoria
141		Gertrudes, GF2, 5, 227-232	Importância de um compromisso com as sessões de exercício
142	rep.	Vânia, GF2, 17, 862-864	Importância da rotina dos alongamentos
143			
144	Importância de outros comportamentos diários, benéficos à doença.		
145		Bárbara, GF2, 278-282	Importância de descansar bem
146		Bárbara, GF2, 1708-1711	
147		Vânia, GF2, 498-501	Rotina dos alongamentos
148		Vânia, GF2, 577-580	Adoptar comportamentos benéficos à doença
149			
150	<b>O suporte e a partilha do grupo</b>		
151	Contrariar sensações anteriores de estar sozinha nas queixas. Sentem-se compreendidas, apoiadas e ganham um		
152		Francisca, GF1, 4, 133-146	Conforto e capacidade de se distanciar da dor
153		Teresa, GF2, 1639-1643	Partilha deu força para melhorar
154		Gertrudes, GF2, 18, 899-903	Importância de poder partilhar sem ser descredibilizada
155		Vânia, GF2, 1867-1868	Incentivo do grupo para continuar
156		Sofia, GF1, 10, 479-485	Alento sentido pela partilha
157		Teresa, GF2, 421-431	Sentir-se aceite e respeitada com a partilha
158		Lurdes, GF1, 25, 1269-1279	Promover ânimo para continuar
159	curto	Zélia, GF2, 28, 1400- 1403	Sentir que não está sozinha
160	curto	Teresa, GF2, 8, 372-376	Importância da partilha na gestão conjunta de problemas
161	curto, rep.	Francisca, GF1, 4, 181-183	Não se sentir sozinha
162	curto	Bárbara, GF2, 16, 771-773	Importância da partilha em grupo na credibilização
163	curto	Gertrudes, GF2, 22, 1113-1117	Partilha contrariou situação de isolamento
164	rep.	Francisca, GF1, 3, 118-129	Alento e credibilização sentido pela partilha
165			
166	curta	Bárbara, GF2, 9, 423	Importância da partilha
167	rep.	Vânia, GF2, 18, 868-870	Importância de conviver com pessoas que compreendem
168	curta	Gertrudes, GF2, 18, 897-898	Conhecer de outras pessoas com a doença
169	rep.	Zélia, GF2, 28, 1412-1415	Importância da credibilização através da partilha
170			
171	Permitir a construção partilhada de soluções para os problemas		
172		Francisca, GF1, 5, 242-247	Partilha como estratégias para os próprios problemas
173		Sofia, GF1, 10, 491-495	Solução conjunta de problemas
174			

177	<b>A capacidade de ouvir e a dedicação do fisioterapeuta à intervenção</b>		
178	Saber ouvir as queixas e considerá-las na adaptação do programa à pessoa.		
179		Chella, GF1, 11, 531-537	Adaptação do programa à participante
180		Bárbara, GF2, 44, 2250-2256	Importância de ver correspondidas as necessidades
181		Zélia, GF2, 46, 2352-2357	Influência do profissional saber ouvir nos sintomas
182	cont.	Bárbara, GF2, 43, 2187-2192	Importância de ver correspondidas as necessidades
183	curto	Bárbara, GF2, 44, 2240-2245, 2248	Importância de ter um técnico de saúde que atende as queixas
184	curto x	Zélia, GF2, 45, 2299-2300	Efeitos psicológicos do saber ouvir dos profissionais
185			
186	Sentirem que o programa está a ser adequado e de que existiu esforço e dedicação do lado do profissional. O pr		
187		Teresa, GF2, 47, 2407-2410	Sentir dedicação do fisioterapeuta na elaboração do programa
188	sequência	Bárbara, GF2, 48, 2411-2412	Sentir que o fisioterapeuta encara com seriedade a intervenção
189		Teresa, GF2, 48, 2413-2420	Sentir-se descredibilizada por outros profissionais
190		Francisca, GF1, 11, 549-573	Contraste com experiências anteriores de descredibilização
191		Bárbara, GF2, 48, 2429-2435	Importância de ter que ser uma intervenção adequada
192	sequência	Teresa, GF2, 48, 2436-2437	idem
193		Bárbara, GF2, 48, 2438-2440	idem
194		Gertrudes, GF2, 47, 2389-2396	Influência da postura do profissional comparando com experiências c
195			
196	?? Confuso	Gertrudes, GF2, 45, 2277-2282	Sentimento de segurança transmitida pelo profissional
197	curto	Teresa, GF2, 47, 2397-2398	Importância de mostrar dedicação
198	rep.	Gertrudes, GF2, 47, 2363-2365	Importância de sentirem-se compreendidas pelos profissionais
199			
200	Excertos sem atribuição		
201		Gertrudes, GF2, 45, 2257-2261	Importância de sentir o apoio do profissional
202	curto x	Teresa, GF2, 43, 2152-2153	Adequação dos exercícios
203			

## **Apêndice VIII. Output SPSS *Statistics*. Caracterização Sociodemográfica e Clínica**



# INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	37	31	67	49,27	10,159
Peso	37	50,0	99,0	68,189	12,7771
Altura	37	150	180	161,11	7,218
IMC	37	18,6	35,3	26,206	4,1769
Valid N (listwise)	37				

## Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid feminino	37	100,0	100,0	100,0

## IMC Categorizado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Peso a menos	1	2,7	2,7	2,7
	Peso normal	16	43,2	43,2	45,9
	Excesso de peso	12	32,4	32,4	78,4
	Obesidade grau I	7	18,9	18,9	97,3
	Obesidade grau II	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

## Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	25	67,6	67,6	67,6
	divorciada	7	18,9	18,9	86,5
	solteira	3	8,1	8,1	94,6
	união de facto	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

## Habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ensino básico completo	6	16,2	16,2	16,2
	ensino primário completo	3	8,1	8,1	24,3
	ensino secundário completo	9	24,3	24,3	48,6
	ensino secundário incompleto	2	5,4	5,4	54,1
	ensino superior completo	16	43,2	43,2	97,3
	ensino superior incompleto	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

## Situação Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baixa médica	5	13,5	13,5	13,5
	desempregada	3	8,1	8,1	21,6
	doméstica	2	5,4	5,4	27,0
	reformada	5	13,5	13,5	40,5



trabalho a tempo inteiro	18	48,6	48,6	89,2
trabalho a tempo parcial	4	10,8	10,8	100,0
Total	37	100,0	100,0	

## INFORMAÇÃO CLÍNICA

### Tempo de diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12 a 24 meses	4	10,8	10,8	10,8
	6 a 12 meses	1	2,7	2,7	13,5
	mais de 24 meses	30	81,1	81,1	94,6
	não sabe	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

### Medicação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	9	24,3	24,3	24,3
	sim	28	75,7	75,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

### Número de Pontos Dolorosos. Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Número de Pontos Dolorosos	37	2	17	10,49	3,776	14,257
Valid N (listwise)	37					

### Faltas ao Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	19	51,4	54,3	54,3
	sim	16	43,2	45,7	100,0
	Total	35	94,6	100,0	
Missing	--	2	5,4		
Total		37	100,0		

### Número de vezes faltou ao trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 vez	1	2,7	6,3	6,3
	2 vezes	2	5,4	12,5	18,8
	3 vezes	2	5,4	12,5	31,3
	mais de 3 vezes	11	29,7	68,8	100,0
	Total	16	43,2	100,0	
Missing	--	21	56,8		
Total		37	100,0		

### Tempo de ausência ao trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 a 2 dias	1	2,7	6,3	6,3

	1 semana	1	2,7	6,3	12,5
	3 a 4 dias	2	5,4	12,5	25,0
	mais de 1 semana	12	32,4	75,0	100,0
	Total	16	43,2	100,0	
Missing	--	21	56,8		
Total		37	100,0		

#### Baixa Remunerada por doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	64,9	68,6	68,6
	sim	11	29,7	31,4	100,0
	Total	35	94,6	100,0	
Missing	--	2	5,4		
Total		37	100,0		

#### Faltas ao Trabalho

		Faltas ao Trabalho	Número de vezes faltou ao trabalho	Tempo de ausência ao trabalho	Baixa Remunerada por doença
N	Valid	35	16	16	35
	Missing	2	21	21	2

## **Apêndice IX. Output SPSS *Statistics*. Testes da Normalidade das variáveis**

## TESTES DA NORMALIDADE DAS VARIÁVEIS DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

	Teste de Shapiro-Wilk		
	Estatística de teste	N	Sig.
END inicial	,950	37	,094
END às 4 semanas	,942	37	,055
END às 8 semanas	,953	37	,118
FIQr inicial	,981	37	,756
FIQr às 4 semanas	,936	37	,034
FIQr às 8 semanas	,977	37	,639

## TESTES DA NORMALIDADE DA FORÇA MUSCULAR

	Teste de Shapiro-Wilk		
	Estatística de teste	N	Sig.
TRF Membro Superior Esquerdo. inicial	,781	37	,000
TRF Membro Superior Esquerdo. às 8 semanas	,795	37	,000
TRF Membro Superior Esquerdo. inicial	,589	36*	,000
TRF Membro Superior Direito. às 8 semanas	,886	36*	,001
TRF Membros Inferiores. inicial	,833	36*	,000
TRF Membros Inferiores. às 8 semanas	,913	36*	,008

\* Não realizado por 1 participante devido a lesão

## **Apêndice X. *Output SPSS Statistics* – Intensidade da dor**

Resultados da estatística da *ANOVA de Friedman* para a variável Intensidade da Dor (END)

Test Statistics <sup>a</sup>	
N	37
Chi-Square	14,718
df	2
Asymp. Sig.	,001
Exact Sig.	,000
Point Probability	,000

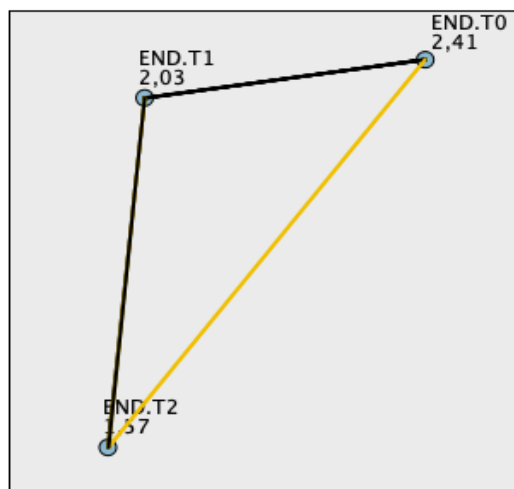
a. Friedman Test

Comparação múltipla de médias de ordens: Dor

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of END.T0, END.T1 and END.T2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

### Pairwise Comparisons



Each node shows the sample average rank.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
END.T2-END.T1	,459	,232	1,976	,048	,144
END.T2-END.T0	,838	,232	3,604	,000	,001
END.T1-END.T0	,378	,232	1,627	,104	,311

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

## Diferença Mínima Clinicamente Importante - Dor

	DMCI da END			
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Com diferença clinicamente importante	21	56,8	56,8	56,8
Sem diferença clinicamente importante	16	43,2	43,2	100,0
Total	37	100,0	100,0	

## **Apêndice XI. *Output SPSS Statistics* – Incapacidade Funcional**



## Resultados da estatística da ANOVA de Friedman para a variável Incapacidade Funcional (FIQr)

Test Statistics <sup>a</sup>	
N	37
Chi-Square	21,483
df	2
Asymp. Sig.	,000
Exact Sig.	,000
Point Probability	,000

a. Friedman Test

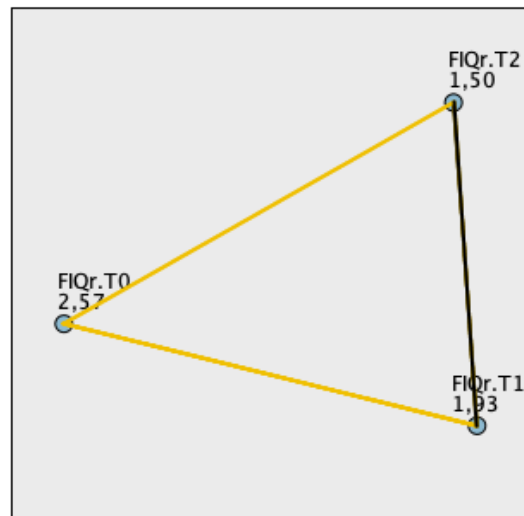
Comparação múltipla de médias de ordens - Incapacidade Funcional

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of FIQr.T0, FIQr.T1 and FIQr.T2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

### Pairwise Comparisons



Each node shows the sample average rank.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
FIQr.T2-FIQr.T1	,432	,232	1,860	,063	,189
FIQr.T2-FIQr.T0	1,068	,232	4,592	,000	,000
FIQr.T1-FIQr.T0	,635	,232	2,732	,006	,019

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.  
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.  
Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

## Diferença Mínima Clinicamente Importante - Incapacidade Funcional (FIQr)

	DMCI da FIQr			Cumulative Percent
	Frequency	Percent	Valid Percent	
Com diferença clinicamente importante	13	35,1	35,1	35,1
Sem diferença clinicamente importante	24	64,9	64,9	100,0
Total	37	100,0	100,0	

**Apêndice XII. *Output SPSS Statistics* – Força Muscular dos membros superiores e inferiores**

## Resultados da estatística do Teste de Wilcoxon para a variável Força Muscular (TRF)

	Estatística Descritiva				
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Força.MSDto.T0	36*	28,50	33,596	0	200
Força.MSEsq.T0	37	22,32	19,778	0	105
Força.MI.T0	36*	9,44	9,918	0	42
Força.MSDto.T2	36*	52,53	35,319	8	150
Força.MSEsq.T2	37	47,46	38,291	2	154
Força.MI.T2	36*	14,44	11,350	0	50

\* Não realizado por 1 participante devido a lesão

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Força.MSDto.T2 - Força.MSDto.T0	Negative Ranks	5 <sub>a</sub>	14,50	72,50
	Positive Ranks	31 <sub>b</sub>	19,15	593,50
	Ties	0 <sub>c</sub>		
	Total	36		
Força.MSEsq.T2 - Força.MSEsq.T0	Negative Ranks	3 <sub>d</sub>	14,67	44,00
	Positive Ranks	32 <sub>e</sub>	18,31	586,00
	Ties	2 <sub>f</sub>		
	Total	37		
Força.MI.T2 - Força.MI.T0	Negative Ranks	9 <sub>g</sub>	14,17	127,50
	Positive Ranks	25 <sub>h</sub>	18,70	467,50
	Ties	2 <sub>i</sub>		
	Total	36		

a. Força.MSDto.T2 < Força.MSDto.T0

b. Força.MSDto.T2 > Força.MSDto.T0

c. Força.MSDto.T2 = Força.MSDto.T0

d. Força.MSEsq.T2 < Força.MSEsq.T0

e. Força.MSEsq.T2 > Força.MSEsq.T0

f. Força.MSEsq.T2 = Força.MSEsq.T0

g. Força.MI.T2 < Força.MI.T0

h. Força.MI.T2 > Força.MI.T0

i. Força.MI.T2 = Força.MI.T0

Test Statistics <sup>a</sup>			
	Força.MSDto.T2 - Força.MSDto.T0	Força.MSEsq.T2 - Força.MSEsq.T0	Força.MI.T2 - Força.MI.T0
Z	-4,093 <sub>b</sub>	-4,439 <sub>b</sub>	-2,910 <sub>b</sub>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,004
Exact Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003
Exact Sig. (1-tailed)	,000	,000	,001
Point Probability	,000	,000	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

## Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) da Força Muscular (TRF)

DMCI da Força Muscular Membro Superior Direito

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Com diferença clinicamente importante	29	78,4	80,6	80,6
	Sem diferença clinicamente importante	7	18,9	19,4	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Missing	System	1	2,7		
Total		37	100,0		

DMCI da Força Muscular Membro Superior Esquerdo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Com diferença clinicamente importante	28	75,7	75,7	75,7
	Sem diferença clinicamente importante	9	24,3	24,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

DMCI da Força Muscular do Membros Inferiores

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Com diferença clinicamente importante	18	48,6	50,0	50,0
	Sem diferença clinicamente importante	18	48,6	50,0	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Missing	System	1	2,7		
Total		37	100,0		

## **Apêndice XIII. *Output SPSS Statistics* – Percepção Global de Melhoria**

## Resultados da estatística descritiva da Percepção Global de Melhoria (PGIC)

Estatística Descritiva

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PGIC relativo à Dor. Às 4 semanas	26	1	6	3,96	1,311
PGIC relativo à Dor. Às 8 semanas	37	2	7	5,03	1,323
PGIC relativo à Função. Às 4 semanas	26	2	6	4,58	1,206
PGIC relativo à Função. Às 8 semanas	37	2	7	5,22	1,272
Valid N (listwise)	26				

### Dicotomização da Percepção Global de Melhoria ( $PGIC \geq 5$ ) às 8 semanas

DMCI da PGIC relativo à Dor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pior	11	29,7	29,7	29,7
	Melhor	26	70,3	70,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

DMCI da PGIC relativo à Função

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pior	8	21,6	21,6	21,6
	Melhor	29	78,4	78,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

### Dicotomização da percepção de melhoria para a fase 2 do estudo.

Percepção de melhoria na dor e função ( $PGIC\text{-}dor$  e  $PGIC\text{-}função \geq 5$ )

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem melhoria na dor e função	11	29,7	29,7	29,7
	Melhor na função e na dor	26	70,3	70,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

## **Apêndice XIV. Disseminação do trabalho de investigação**



# Disseminação do Trabalho de Investigação

## Apresentações de Posterres

Parreira, J., & Caeiro, C. (2019a, May 13). *Incorporating fibromyalgia patients' perspectives into the outcome assessment of a physiotherapy programme based on exercise and education. World Confederation of Physical Therapy Congress 2019.*

Parreira, J., Caeiro, C., Fernandes, R., & Cruz, E. (2018, June). *A mixed methods study of a group physiotherapy programme incorporating exercise and education in fibromyalgia patients. EULAR 2018 - Annual European Congress of Rheumatology.*

Parreira, J., Caeiro, C., Cruz, E., & Fernandes, R. (2018, May). *Estudo misto sobre um Programa de fisioterapia em grupo baseado no exercício e educação para utentes com fibromialgia. XX Congresso Português De Reumatologia.*

## Resumos Publicados

Parreira, J. D., & Caeiro, C. (2019). *Incorporating fibromyalgia patients' perspectives into the outcome assessment of a physiotherapy programme based on exercise and education. World Confederation of Physical Therapy Congress 2019.* Retrieved from <http://www.professionalabstracts.com/wcpt2019/iplanner/#/list>

Parreira, J., Caeiro, C., Fernandes, R., & Cruz, E. (2018). *THU0728-HPR A mixed methods study of a group physiotherapy programme incorporating exercise and education in fibromyalgia patients. Annals of the Rheumatic Diseases, 77(Suppl 2), 1791.*

Parreira, J., Caeiro, C., Cruz, E., & Fernandes, R. (2018). *Estudo misto sobre um Programa de fisioterapia em grupo baseado no exercício e educação para utentes com fibromialgia. Acta Reumatologica Portuguesa, 43(2), 112.*